

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ
ANABİLİM DALI

**DEPRESYON TANISI ALAN ANNELERİN
ÇOCUKLARI ve AİLELERİNE YÖNELİK
“AİLEYİ GÜÇLENDİRİCİ DESTEK PROGRAMI”**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATOŞ SİNEM GÖKÇE

ANKARA-2007

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ
ANABİLİM DALI

**DEPRESYON TANISI ALAN ANNELERİN
ÇOCUKLARI ve AİLELERİNE YÖNELİK
“AİLEYİ GÜÇLENDİRİCİ DESTEK PROGRAMI”**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATOŞ SİNEM GÖKÇE

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NEŞE EROL

Ankara-2007

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ
ANABİLİM DALI

**DEPRESYON TANISI ALAN ANNELERİN
ÇOCUKLARI ve AİLELERİNE YÖNELİK
“AİLEYİ GÜÇLENDİRİCİ DESTEK PROGRAMI”**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Neşe EROL

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

Prof. Dr. Neşe EROL

.....

Prof. Dr. Nuray KARANCI

.....

Doç. Dr. Nilhan SEZGİN

.....

Tez Sınavı Tarihi: 26. 01. 2007

TEŞEKKÜR

Bu çalışma, değerli tez danışmanım Prof. Dr. Neşe EROL'un gerek akademik gerekse manevi anlamda sonsuz desteği ile tamamlandı. Bir tez danışmanı olmaktan öte beni hayatının içine alıp deneyimlerini paylaştığı, bana kendimden çok özen gösterdiği ve her zaman yanımda olduğu için kendisine çok teşekkür ederim.

Bu çalışmaya hem istatistiksel analizlerdeki yardımıyla hem de verdiği görüşlerle katkıda bulunan Doç. Dr. Zeynep Şimşek'e çok teşekkür ederim.

Bu çalışmayı hazırlarken hem görüşleriyle katkıda bulunan hem de ihtiyaç duyduğumuz görsel ve yazılı kaynakların sağlanmasında bize yardımcı olan Prof. Dr. Kerim MÜNİR'e (Harvard Tıp Fakültesi, Boston Çocuk Hastanesi) ve hazırladıkları koruyucu-önleyici müdahale programının materyallerini bizimle paylaşan Prof. Dr. William R. BEARDSLEE'ye (Harvard Tıp Fakültesi, Boston Çocuk Hastanesi) teşekkür ederim.

Başta, bu çalışmayı yürüttüğüm süre içinde hem bilgi birikimi hem de sonsuz anlayışı ile destek olan Doç Dr. Tümer TÜRK BAY olmak üzere GATA Çocuk Ruh Sağ. ve Hast. AD.'deki tüm çalışma arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Ayrıca, destekleri ve yardımları için Uzm. Dr. İbrahim DURUKAN'a, Hemşire Şükran KARADENİZ'e ve Uzm. Psk. Selcen DEMİRKAN'a da teşekkür ederim.

GATA Ruh Sağ. ve Hast. AD. Polikliniği'nde görev yapan başta Uzm. Dr. Serdar BULUT olmak üzere tüm psikiyatristlere tanı koyma ve yönlendirme aşamalarındaki yardımları için teşekkür ederim.

Yüksek lisans öğrenime başladığımda bana her anlamda destek olan, iş yaşantımdaki yükümü benimle paylaşan Ankara Gazi Lisesi Psikolojik Danışmanları Gülhan AKGÜN, Didem GLSARAN ve Gülsün TOKMAKKAYA ile başta okul müdürü Mustafa KAHVECİ olmak üzere tüm idarecilere çok teşekkür ederim.

Bu çalışmada yer almayı kabul eden annelere, babalara ve çocuklara çok teşekkür ederim. Onlar olmasaydı bu çalışma gerçekleşemezdi. Ayrıca, gönderilen formları doldurup gönderen öğretmenlere de işbirlikleri için çok teşekkür ederim.

Dostlukları ve destekleriyle hem bu çalışmada hem de yaşamımda yanımda oldukları için kendimi daima şanslı hissettiğim Psk. Evran ÇİÇEK'e ve Evren ONUR DİLSİZ'e çok teşekkürler.

Hayatım boyunca daima yanımda olup bana her konuda destek veren, karpislerime katlanan ve hayatımı anlamlandıran anneme, babama ve "Tatlı Betş"me sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca her zaman yanımda olan, umutsuzluk nbetlerimde beni gülümseten, attığım her adımda beni destekleyen ve hayatımdaki en önemli "koruyucu faktör"m olan dostum ve eşim Oktay GÖKÇE'ye çok teşekkür ederim. İyi ki varsın doğa adamı.....

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar.....	viii
EKLER.....	x
BÖLÜM I.....	i
GİRİŞ.....	1
I. 1. DEPRESYON TANISI ALAN ANNELER VE ÇOCUKLARINA YÖNELİK KURAMSAL YAKLAŞIMLAR	5
I. 1. a. Bilişsel Kuram.....	6
I. 1. b. Sosyal Biliş Kuramı	8
I. 1. c. Bağlanma Kuramı	9
I. 1. d. Karşılıklı Düzenleme Modeli (Mutual Regulation Model).....	12
I. 1. e. Etkileşimsel Depresyon Modeli	13
I. 1. f. Gelişimsel Model.....	13
I. 2. DEPRESYON TANISI ALAN ANNELERİN ÇOCUKLARININ ETKİLENME DÜZEYLERİNİ BELİRLEYEN ETMENLER ve DAYANIKLILIK.....	15
I. 2. 1. Anneden Kaynaklanan Belirleyici Faktörler.....	16
I. 2. 1. a. Annenin Depresyonunun Zamanı, Şiddeti ve Süresi.....	16
I. 2. 1. b. Genetik Faktörler	18
I. 2. 1. c. Annenin Psikolojik Geçmişi.....	19

I. 2. 1. d. Bakım Verme Tutum ve Davranışları	19
I. 2. 1. e. Olumsuz Bilişler	21
I. 2. 2. Çocukla İlgili Belirleyici Faktörler	23
I. 2. 2. a. Cinsiyet.....	23
I. 2. 2. b. Yaş	25
I. 2. 2. c. Bilişsel ve Sosyal Yeterlik Düzeyi.....	27
I. 2. 3. Çevresel Faktörler	30
I. 2. 3. a. Babanın Tutum ve Davranışları	31
I. 2. 3. b. Evlilik Çatışması ve Aile İçi Anlaşmazlık	33
I. 2. 3. c. Sosyal Destek	34
I. 2. 3. d. Sosyo-Ekonomik Düzey	35
I. 2. 3. e. Çevresel Stres Düzeyi	36
I. 2. 4. Dayanıklılık (Güçlü Olma-Resilience)	37
I. 3. DEPRESYON TANISI ALAN ANNELER ve ÇOCUKLARI İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR	40
I. 3. 1. Depresyon Tanısı Alan Anneler ve Çocukları ile İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar	41
I. 3. 2. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocukları ile İlgili Türkiye’de Yapılan Araştırmalar	50
I. 3. 3. Depresyon Tanısı Alan Anneler ve Çocuklarına Yönelik Koruma ve Müdahale İçerikli Araştırmalar	54
I. 4. ARAŞTIRMANIN AMACI VE CEVAP ARANAN SORULAR	60

BÖLÜM II.....	63
YÖNTEM.....	63
II. 1. ÖRNEKLEM.....	63
II. 2. İŞLEM.....	65
II. 3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	66
II. 3. 1. “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”.....	67
II. 3. 2. “6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği” (Child Behavior Checklist For Ages 6-18-CBCL/6-18):.....	68
II. 3. 3. “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu” (Teacher’s Report Form/ TRF/6-18):.....	69
II. 3. 4. “11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği” (Youth Self-Report / YSR/11-18):.....	71
II. 3. 5. “Erişkinler İçin Yarı Yapılandırılmış Değerlendirme Formu”.....	72
II. 3. 6. “Çocuklar İçin Yarı Yapılandırılmış Değerlendirme Formu”.....	75
II. 3. 7. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler.....	76
II. 3. 8. “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)”.....	77
II. 3. 9 “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”.....	78
II. 3. 9. a. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın İçeriği.....	79
II. 3. 9. b. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın Uygulama Süreci.....	86
BÖLÜM III.....	88
BULGULAR.....	88
III. 1. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarındaki Risk Faktörlerinin ve Koruyucu Faktörlerin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	89

III. 2. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesinde ve Sonrasındaki Yeterlik Alanlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	91
III. 3. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarında Duygusal ve Davranışsal Sorunların Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Dağılımına İlişkin Bulgular ..	92
III. 4. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Tutumlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	95
III. 5. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Tutum ve Davranışlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular	96
BÖLÜM IV	99
TARTIŞMA ve SONUÇLAR	99
IV. 1. Tartışma.....	100
IV. 1. 1. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler	101
IV. 1. 2. Yeterlik Alanları.....	107
IV. 1. 3. Davranış ve Duygusal Sorunlar	109
IV. 1. 3. a. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Sonuçları: Annelerde Elde Edilen Bilgiler	109
IV. 1. 3. b. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Sonuçları: Babalardan Elde Edilen Bilgiler	111
IV. 1. 3. c. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu Sonuçları: Öğretmen Değerlendirmesi	112
IV. 1. 3. d. 11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği Sonuçları.....	114
IV. 1. 4. Çocukların Tutumları.....	118

IV. 1. 5. Annelerin Tutum ve Davranışları:.....	118
IV. 2. Sınırlılıklar	122
IV. 3. Sonuç ve Öneriler.....	123
ÖZET	126
ABSTRACT	128
KAYNAKLAR.....	130

TABLULAR

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Anne, Baba ve Çocukların Yaş ve Eğitim Düzeyleri.....	64
Tablo 2. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Yeterlik Düzeylerinin Annelerden (CBCL/6-18) ve Çocuklardan (YSR/11-18) Elde Edilen Bilgiler Doğrultusunda Karşılaştırılması.	91
Tablo 3. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Yeterlik Düzeylerinin Öğretmenlerden (TRF/6-18) Elde Edilen Bilgiler Doğrultusunda Karşılaştırılması.....	92
Tablo 4. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Annelerine Göre (CBCL/6-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışların Karşılaştırılması)	93
Tablo 5. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Babalarına Göre (CBCL/6-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışların Karşılaştırılması.....	94
Tablo 6. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Öğretmenlerine Göre (TRF/6-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışların Karşılaştırılması.....	94
Tablo 7. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Genç Çocuklarının Kendi Değerlendirmelerine Göre (YSR/11-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışlarının Karşılaştırılması	95
Tablo 8. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Tutumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	96

Tablo 9. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Davranış Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	97
Tablo 10. Müdahale Öncesi ve Sonrası Annenin Tutum Değişimi Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları.....	98

EKLER

EK NO	SAYFA NO
Ek 1 Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	150
Ek 2 Risk Faktörleri Formu.....	153
Ek 3 Koruyucu Faktörler Formu.....	154
Ek 4 Anne Davranış Değişimi İzleme Formu.....	155
Ek 5 Anne Tutum Değişimi İzleme Formu.....	156
Ek 6 Çocuklarda Tutum Değişimi İzleme Formu.....	157

BÖLÜM I

GİRİŞ

Oldukça yaygın bir psikolojik rahatsızlık olan depresyon, sadece bu tanıyı alan kişiyi değil; onunla birlikte yaşayan diğer bireyleri de derinden etkilemektedir. Depresyonda olan kişinin ailesi, özellikle de çocukları, bu rahatsızlığın beraberinde getirdiği olumsuzlukları yaşamaktadırlar.

Depresyon, kişinin içsel iyi oluş halini olumsuz etkileyen psikolojik bir rahatsızlık olarak ele alınmaktadır. Derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Öztürk, 1997). Depresyonun, kişinin işlevselliği üzerinde pek çok olumsuz yansıması vardır. Bunlar arasında, duygu durumunda dalgalanmalar, benlik değerinde değişimler, psikomotor sıkıntılar ya da gerileme, uyku ve iştah durumunda değişimler, düşünsel süreçlerde bozulmalar, enerji düzeyinde azalmalar ya da artmalar, ilgide azalma, umutsuzluk ve memnuniyet hissinin azalması sayılabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün kayıtlarına göre, depresyon dünya genelinde 121 milyon insanda görülmektedir ve bu insanların ancak %25'i tedavi alabilmektedir. Ayrıca, her yıl yaklaşık olarak 850 bin insanın depresyonla ilişkili olarak intihar ettiği belirtilmektedir. 2000 yılı verilerine göre dünya çapında görülen hastalıklar arasında 4. sırada olan depresyonun 2020 yılıyla birlikte her yaş grubu ve cinsiyet için 2. sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir. Günümüzde ise 15-44 yaşları arasında her cinsiyette 2. sırada yer almaktadır. Dünyada kadınların yüzde 30'unda,

erkeklerinse yüzde 12.6'sında depresyonla ilişkili bozukluklar görülmektedir. Bunun yanında kadınlarda beşte bir erkeklerde ise dokuzda bir oranında yaşam boyu depresyon gözleendiği belirtilmektedir (WHO, 2006). Depresyonun Türkiye'de erişkinlerde görülme sıklığı ise "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışması bulgularında %4 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre depresyon kadınlarda erkeklere oranla daha yaygındır. Ayrıca her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık tanısı varken, erkeklerde bu oran onda birdir. Alkol bağımlılığı dışında tüm ruhsal hastalık tanıları da kadınlarda daha yaygındır (Kılıç, 1998).

Depresyonun gerek belirtileri gerekse sonuçları kişinin yakınındaki insanları da olumsuz etkiler. Dolayısıyla, depresyonda olan bir ebeveynin rahatsızlığını çocuğu da onunla birlikte yaşar. Bu durum, psikopatoloji ve diğer bazı sorunlara yönelik olarak çocuk için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Downey ve Coyne, 1990; Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000).

Depresyonla ilgili yapılan çalışmalar, depresyonun gelişiminde hem genetik hem de çevresel faktörlerin önemine işaret etmektedir. Ancak, depresyonun ebeveynden çocuğa geçişinde bu faktörlerin birlikte nasıl bir etki yaptıkları ya da hangisinin daha baskın olduğuna ilişkin henüz bir netlik yoktur (Goodman ve Gotlib, 1999; Beardslee, 2002; Silberg ve Rutter, 2002).

Pek çok çocuk depresyonda olan bir ebeveynle ya da ebeveynlerle büyümektedir. Çocukların ve ergenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda sağlıklı birer birey olarak gelişmelerinde en önemli değişken ailedir (Radke-Yarrow,

1998). Ebeveynlerinden birinde ya da her ikisinde birden depresyon olması bu sağlıklı gelişim ortamını olumsuz etkilemekte ve çocukların çeşitli sorunlar geliştirmelerinde önemli bir rol oynamaktadır (Goodman ve Gotlib, 1999; Hammen, 1999; Wagner, 2002). Ebeveynlerinden birinde ya da her ikisinde birden depresyon olan çocuklar, yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde çeşitli uyum ve davranış sorunlarının yanında, başta depresyon olmak üzere, ciddi psikolojik sorunlar geliştirmektedirler (Beardslee ve ark., 1998a; Radke-Yarrow, 1998). Bu çocukların, anneleri depresyon tanısı almayan çocuklara göre daha sık intihar düşüncelerini ya da davranışlarını bildirdikleri de saptanmıştır (Klimes-Dougan ve ark., 1999). Ayrıca, genetik etkiler, evlilikte yaşanan sorunlar, ebeveyn olmak ile ilgili yaşanan sıkıntılar ile ebeveynin rahatsızlığının kronikliği ve sıklığı depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarındaki psikopatoloji oranını artıran risk faktörlerindedir (Beardslee ve ark., 1998a).

Depresyonda olan bir ebeveyne, özellikle de anneye, sahip olan çocuklar ve ergenler, somatik ve duygusal belirtileri daha fazla sergilemelerinin yanında davranış sorunları göstermekte ve okul yaşantılarında problemler yaşamaktadırlar. Ayrıca yetersiz düzeyde sosyalleşmekte ve benlik saygıları da düşük olmaktadır (Downey ve Coyne, 1990; Jacob ve Johnson, 1997; Goodman ve Gotlib, 1999; Sarigiani ve ark., 2003). Depresyonda olan annelere sahip çocukların ve ergenlerin sağlıklı bağlanma örüntüleri geliştirmekte de yeterince başarılı olamadıkları belirtilmektedir (Herring ve Kaslow, 2002). Annelerinde depresyon olan çocukların, başta depresyon olmak üzere çeşitli psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle tanı alma sıklığı %40-%74 arasında değişmektedir (Beardslee ve ark., 1998a; Weissman ve ark, 1997). Ayrıca, Solantaus

ve ark. (2002) anne-babalarından en az biri depresyon tanısı almış olan çocukların yaşamları boyunca psikopatoloji geliştirme riskinin %30-%70 arasında olduğunu ve her 3-4 depresyon hastasından birinin bağımlı kişiliğe sahip bir çocuğunun olduğunu belirtmektedir.

Buna karşın depresyonda olan bir anneye sahip olmasına rağmen herhangi bir psikolojik sorun yaşamadan çocukluk ve ergenlik dönemini geçiren çocuklar da vardır. Dayanıklı (resilient) ya da güçlü çocuklar olarak isimlendirilen bu çocuklar, anne depresyonu da dahil olmak üzere zorlayıcı etkenler (stresörler) karşısında uygun baş etme davranışlarını geliştirerek uygulayabilmektedirler (Beardslee ve ark., 1998a). Ancak, bu çocukların da desteğe ihtiyaç duydukları ve görmezden gelinmemeleri gerektiği belirtilmektedir (Beardslee, 2002; Gladstone ve Beardslee, 2002).

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının, davranışsal ve duygusal sorunlar gelişimine yönelik risk altında olmaları nedeniyle korunmaları ve güçlendirilmeleri gerekmektedir (Downey ve Coyne, 1990; Goodman ve Gotlib, 1994; Beardslee ve ark., 1998a, b). Yazın incelendiğinde, Türkiye’de bu amaç doğrultusunda hazırlanmış koruyucu-önleyici bir müdahale programı bulunmazken yurtdışında az sayıda da olsa müdahale programı olduğu görülmektedir. Bu programlar, anne depresyon tanısı alıp tedavisi başlatıldıktan sonra tedavi süreci devam ederken uygulanmaktadır. Müdahale programı uygulamaları, müdahalenin yapıldığı aile üyeleri ya da temellendiği kuramsal çerçeveler açısından farklılaşabilmektedir. Ancak, genelde psikolojik bir eğitim yapısına sahip olmaları ve

terapötik bir müdahale hedeflerinin olmaması yönünden de birbirlerine benzemektedirler. Bu programların bazılarında sadece anneye müdahale yapılırken bazılarında da aile bir bütün olarak ele alınarak tüm aile üyeleri müdahale sürecine dahil edilmektedir. Müdahale programlarında, aile üyelerinin depresyonla ilgili bilgilenmeleri, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, aile içi iletişimin, açıklığın ve karşılıklı anlayışın artması gibi konular ele alınarak başta anneninkiler olmak üzere tüm aile üyelerinin depresyonla ilişkili tutum ve davranışlarının olumlu anlamda değiştirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, annenin depresyondan etkilenen bakım verme tutum ve davranışlarını geliştirmesi, çocuklarını değerlendirirken hakim olan olumsuz bilişlerini değiştirmesi gibi noktalara da değinilmektedir (Beardslee ve ark., 1993; Beardslee ve ark., 1995; Beardslee ve ark., 1997; Beardslee ve ark., 2003; Van Doesum ve ark., 2005; Gartstein ve Sheeber, 2004).

I. 1. DEPRESYON TANISI ALAN ANNELER VE ÇOCUKLARINA YÖNELİK KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Depresyonda olan annelerin çocuklarının annelerinin rahatsızlığından etkilenme durumlarını açıklamaya yönelik olarak çeşitli kuramlardan yararlanılmaktadır. Bu kuramlar ve konuya getirdikleri açıklamalar, aşağıda her kuram için oluşturulan başlıklar altında aktarılacaktır.

I. 1. a. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuram depresyonun hatalı bilişlerden kaynaklandığını ve duygu durum bozukluğunun devamında da yine aynı hatalı bilişlerin etkili olduğunu varsaymaktadır. Disforik atıflar sadece benlikle sınırlı olmayıp, kişinin çevresindeki diğer bireyleri de kapsamaktadır. Depresyonda olan bir anne düşünüldüğünde, bu kişiler arasına çocuğu/çocukları da dahil olmaktadır (Gelfand ve Teti, 1990). Depresyonun getirdiği bir özellik olan yaygın olumsuz bilişler ve bu olumsuz bilişlere bağlı olarak gösterilen tepkiler, annenin çocuk ile olan ilişkisine, bakım verme davranışlarına ve çocuğuna ilişkin algılarına da yansımaktadır. Bu da aile üyelerinin etkileşim kuramadıkları, dolayısıyla da birbirlerinin yaşantılarını ve davranışlarını tam tersi yönde değerlendirebilecekleri anlamına gelmektedir (Solantaus-Simula ve ark., 2002, a, b). Depresyonda olan anneler çocuklarının kişiliklerini ve davranışlarını değerlendirirken de olumsuz bilişlerin etkisi altındadırlar. Yapılan çalışmalar depresyonda olan annelerin depresyonda olmayan annelere göre çocuklarını daha problemliler olarak değerlendirdiklerini göstermiştir (Richters, ve Pellegrini, 1989; Richters, 1992; Elgar ve ark., 2004). Yapılan bir çalışmada, depresyonda olan anneler depresyonda olmayan annelere göre çocuklarıyla ilgili ciddi duygusal problemleri 3, tedavi edilmeyen problemleri 4 ve zayıf anne-çocuk etkileşimini 10 kez daha fazla belirtmişlerdir (Weissman ve ark. 2004). Ayrıca depresyonda olan annelerin yaptıkları değerlendirmeler ile babaların, çocukların öğretmenlerinin yaptıkları değerlendirmeler karşılaştırıldığında annelerin babalara ve öğretmenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla olumsuz değerlendirme yaptıkları görülmektedir (Richters, 1992; Najman ve ark., 2000).

Depresyonda olan bir annenin kendisi ve başkaları üzerine olan olumsuz bilişleri, çocuğuna karşı olan davranışlarına da yansımaktadır. Depresyonda olan anneler çocuklarına karşı aşırı derecede eleştirel olmakta ve çocuğun olumsuz davranışlarına yönelik seçici bir dikkat sergilemektedir (Gelfand ve Teti, 1990; Najman ve ark., 2000;). Ayrıca, depresyonda olan anneler çocukları ile daha az sıcak ilişkiye girmekte, sohbetleri çoğunlukla tartışma ile bitmekte, ortak paylaşımları ve çocuklarının davranışları üzerinde kontrol yetileri de az olmaktadır (Wright ve ark., 2000). Annedeki bu olumsuzluğa bağlı olarak depresyonda olan annelerin çocuklarında saldırgan davranışlar, içe yönelim ve/ya dışa yönelim sorunları daha yoğun olmaktadır (Jameson ve ark., 1997).

Depresyonda olan anneler sadece çocukları ile ilgili değil kendi ebeveynlik davranışlarına ilişkin de olumsuz atıflar yapma eğilimindedirler (Downey ve Coyne, 1990; Goodman ve Gotlib, 1999; Elgar ve ark., 2004). Tan ve Rey (2005), yaptıkları bir çalışmada, depresyonda olan annelerin ebeveynliklerini nasıl değerlendirdiklerini ele almışlardır. Sonuç olarak, depresyonda olan annelerin depresyonda olmayan annelere göre ebeveynlik davranışlarını daha olumsuz değerlendirdiklerini ve bu anlamda daha yoğun stres yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Depresyonda olan bir birey, hayatı üzerinde çok az kontrol sahibi olduğuna inanır (Lovejoy ve ark., 2000). Dolayısıyla bu bilişe sahip depresyonda olan bir anne, çocuğu ve çocuğunun tepkileri karşısında çaresiz kalabilmekte ve etkili olmayan çözüm yolları uygulayabilmektedir (Gelfand ve Teti, 1990).

I. 1. b. Sosyal Biliş Kuramı

Bandura tarafından ortaya konulan “sosyal biliş kuramı”nda, model almanın ve hem kendini kabul ettirme hem de dış kontrollü tepki durumlarının sosyal gelişim üzerinde etkili olduğu varsayılmaktadır (Schultz, 1997). Sosyal biliş kuramı, normatif davranışların yanı sıra alışılmışın dışında olan davranışların da ortaya çıkışını açıklamaktadır. Bu görüşe göre çocukların öğrenme yaşantılarının çoğu doğrudan deneyerek ya da hata yaparak değil başkalarını gözleyerek gerçekleşir. Bandura’ya göre, bir modelin davranışlarını gözlemenin yeni davranış örüntülerini taklit ederek öğrenme öğrendiği bu davranışları benzer biçimde sergilemek için çocuğu güdüleme (kolaylaştırma etkisi/facilitation) ve toplum tarafından onaylanmayan davranışları engellenme gibi çoklu bir etkisi vardır (Gelfand ve Teti, 1990).

Sosyal biliş kuramına göre, çocuklar, sosyal olarak uygun duygusal ifadeleri, problem çözme stratejilerini ve bilişsel yaklaşımları ebeveynleriyle etkileşime girdiklerinde onların sergilediklerini taklit ederek, yansıtarak öğrenirler. Ebeveyn uygun olmayan davranışları gösterirse, çocuk da işlevsel olmayan davranış örüntülerini taklit yoluyla edinir (Dodge, 1990).

Depresyonda olan ebeveynlerin çocukları ebeveynlerinin tepkisizliğine, donuk duygusal ifadelerine, kötümser durumlarına, bitkin yürüyüşlerine ve depresyonla ilişkili diğer belirtilerine maruz kaldıkları için, bunları model alıp taklit ederler (Beardslee ve ark., 1998a). Bebekler depresyonda olan anneleriyle etkileşime

girdikleri sırada maruz kaldıkları olumsuz ve disforik duygusal davranışları taklit ederken; çocuklar da annelerinin depresyonla ilişkili belirtilerini ve atıf tarzlarını sergiler. Depresyonda olan anneler çocuklarıyla akıl karıştırıcı bir etkileşime girdiklerinden, çocuklar sosyal durumlarla ilgili temel kuralları öğrenemez. Bu öğrenme eksikliği çocukta depresyonla ilişkili bilişsel atfetme tarzına yol açabilir (Dodge, 1990). Depresyonda olan annelerin pasif, yetersiz ve depresyonla ilişkili etkileşimsel yaklaşımlarını içselleştiren çocuklar, bu örüntüleri kendi davranışlarına yansıtırlar (Gelfand ve Teti, 1990).

Çocuklar, ebeveynlerinin duygu durumlarındaki ve davranışlarındaki değişimlere karşı hassastır. Ancak, bu hassasiyet ebeveynin depresyona girmesiyle birlikte aşırı bir hale gelebilir. Çocuklar, bu koşula bağlı olarak, aşırı derecede kaygılı ve endişeli bir hale gelebilirler, yersiz bir suçluluk ve karamsarlık duyabilirler ve ebeveynlerinin olumsuz duygu durumuyla özdeşim kurabilirler. Diğer yandan, çocuklar, kendilerini kötü ve çocuklarını destekleyemeyecek gibi hisseden ebeveynlerinden, uzak durabilirler. Saldırganlığı ve antisosyal tutumları da içeren dışa yönelim belirtileri, çocuklarda tam tersi tutumlara neden olabilir ve melankolik ebeveyn ile çocuk arasında çatışmalara yol açabilir (Gelfand ve Teti, 1990).

I. 1. c. Bağlanma Kuramı

Bowlby tarafından öncülüğü yapılan bağlanma kuramı, anne depresyonu, anne duyarsızlığı ve çocuktaki uyum sorunlarına yönelik açıklamalarda bulunmaktadır (Gelfand ve Teti, 1990). Genel anlamda, depresyon ve bağlanma arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Bu yaklaşıma göre, güvensiz bağlanma

örüntüsü geliştiren bireyler yaşamlarının ilerleyen döneminde depresyona karşı yatkın olmaktadır. Bunun yanında, depresyon olumlu ve güvenli bağlanma ilişkilerinin geliştirilmesini güçleştirmektedir (Herring ve Kaslow, 2002).

Depresyon tanısı alan annelerin çocukları düşünöldüğünde, annenin ne zaman depresyon geçirdiği bağlanma örüntülerinin gelişimi üzerinde önemli bir role sahiptir. Bilindiği üzere, anne duyarlılığı ve güvenli bağlılık arasındaki ilişki yaşamın ilk yılında gerçekleşmektedir. Anne duyarlılığı, bebeğin ihtiyaçlarına ve isteklerine karşı empatik farkındalık ve bunları yerine getirmeyi üstlenmek olarak tanımlanmaktadır. İlk yıl içindeki duyarlı annelik, bebeğin yaşını doldurmasıyla beraber anne-bebek arasında güvenli bağlanmanın oluşmasını sağlar. Buna karşın, annenin duyarlı olmaması durumunda, güvensiz bağlanma gelişir. Annenin bebeğin doğumunu izleyen dönemde depresyonda olması, depresyonun annenin yaşamına getirdiği zorluklar nedeniyle, annenin bebeğine karşı olan duyarlılığını azalttığından güvensiz bağlanma gelişimi için zemin hazırlamaktadır (Herring ve Kaslow, 2002). Bu dönemde depresyonda olmayan annelerin bebekleriyle karşılaştırıldığında depresyonda olan annelerin bebeklerinin verdiği ipuçlarına karşı duyarsız, bebeklerine karşı tahammölsüz, duygusal olarak donuk oldukları ve bebeklerini ihmal ettikleri belirtilmektedir (Beck, 1995). Murray ve ark. da (1990), benzer biçimde depresyonda olan annelerin bebeklerinin depresyonda olmayan annelerin bebeklerine göre olumsuz duygu ifadelerini daha fazla gösterdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, bu bebeklerin anneleri depresyonda olmayan bebeklere göre daha zor avunduklarını, zihinsel ve motor gelişimlerinin daha yavaş olduğunu ve annelerini daha sık çaresiz bıraktıklarını eklemişlerdir.

Annesi depresyonda olan 2-3 yaşındaki çocuklar annesi depresyonda olmayan bu yaş çocuklarına göre güvensiz bağlanma örüntülerini daha fazla göstermektedirler (Herring ve Kaslow, 2002). Bunun nedeni depresyonda olan annelerin 2-3 yaşındaki çocuklarıyla etkileşime girmekte ve sürdürmekte zorlanmalarının yanı sıra bozulan etkileşimlerini tekrar düzeltememeleridir (Radke-Yarrow, 1998).

Annesi depresyonda olan okul çağı çocuklarının bağlanma örüntüleriyle ilgili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmalar da bu dönemdeki çocuklarda güvensiz anne-çocuk ilişkisinin umutsuzlukla ilgili olduğunu ileri sürmektedir. Ayrıca, annesi depresyonda olan okul çağı çocuklarının kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Herring ve Kaslow, 2002; Whiffen ve ark., 2005).

Anneleri depresyonda olan ergenlerin bağlanma örüntülerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, bebeklik döneminde annesi depresyonda olan ergenlerin, ergenlik döneminde oldukları yaşlarda anneleri tekrar depresyona girdiğinde annesi depresyonda olmayan ergenlere göre depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıkların yanında intihara yönelik olarak da daha fazla risk altında olduklarını göstermiştir (Dodge, 1990; Downey ve Coyne, 1990; Herring ve Kaslow, 2002;).

I. 1. d. Karşılıklı Düzenleme Modeli (Mutual Regulation Model)

Karşılıklı düzenleme modeline göre, sağlıklı bir çocuğun gelişiminde anne ve çocuk arasında uyumlu bir etkileşim vardır. Anne bebeğin ihtiyaçlarını doğru bir şekilde anlayıp; yerine getirir. Buna karşılık, çocuk psikopatolojisinin gelişiminde anne ve çocuk arasında uygun olmayan bir etkileşim vardır. Bir başka deyişle, anne ve çocuk birbirlerinin ihtiyaçlarını uygun biçimde karşılayamamakta ve birbirlerine uygun tepkiler verememektedir. Depresyonda olan anne çocuğunu reddedebilir, ondan uzaklaşabilir ya da ona karşı eleştirel olabilir. Annenin bu davranışları çocuğu önemli ödüllere mahrum bırakmasının yanında disforik bir duygu halinin oluşumuyla sonuçlanır. Depresyonda olan anneler çoğunlukla çocuklarının ilgi, sevgi ve şefkat istemlerine karşı gözle görülür derecede duyarsız ve tepkisiz kalırlar. Tepki verdiklerinde ise, çocuğun isteğini yanlış değerlendirebilmekte ve buna bağlı olarak da çoğunlukla uygun olmayan bir şekilde davranabilmektedirler. Sonuç olarak da çocuğun kafası karışmakta, kontrol eksikliği yaşamakta ve olumsuz duygulanımlar sergilemektedir. Çocuklar çoğunlukla annelerinin dikkatini çekmeye çalışarak bozulan etkileşimi düzeltme eğiliminde olsalar da depresyonda olan annelerin çocukları genelde olumlu etkileşime girmeyi beceremezler. Bebeklik döneminde çok sık olduğunda patolojik bir hale dönüşebilen emme ya da sallanma gibi kendini uyarma davranışları ortaya çıkarken; ilerleyen yaşlarda içe yönelim ve dışa yönelim davranışları ortaya çıkabilmektedir (Gelfand ve Teti, 1990; Herring ve Kaslow, 2002).

I. 1. e. Etkileşimsel Depresyon Modeli

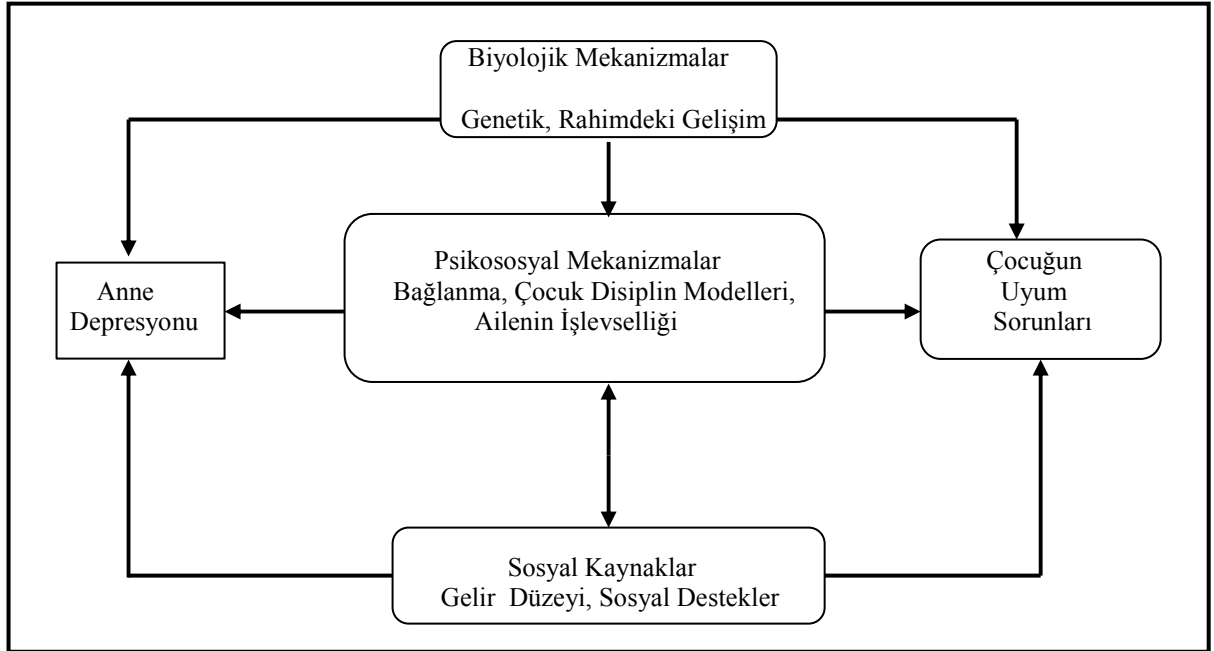
Downey ve Coyne'nin (1990), geliştirdiği bu modele göre, depresyonda olan bir bireyin sergilediği disforik davranışlar, çaresizlik ve ümitsizlik ifadeleri başkalarından duygusal destek almasını sağlar. Bunun yanı sıra, depresyonda olan kişiler olumsuz tepkilerini ifade ederken engellendikleri için başkalarına karşı da olumsuz duygulanımlar ortaya koyar ve onlardan kaçınmaya da başlarlar. Bu anlamda depresyonda olan bir anne, başka herhangi bir stresöre karşı nasıl tepki veriyorsa çocuğuna karşı da öyle tepki verir. Çocuğun genel uyum davranışları da annenin bu olumsuz tepkilerinden etkilenir. Bunun yanında evlilik içi çatışmalar ve sosyal destek yetersizliği de depresyonda olan annelerin olduğu ailelerde sıklıkla görülmektedir. Annenin depresyonuna ek olarak aile ortamında görülen bu sorunlar çocuk için stres faktörü olmaktadır (Gelfand ve Teti, 1990).

I. 1. f. Gelişimsel Model

Depresyonda olan annelerin çocuklarındaki psikopatoloji riskini anlamaya yönelik olarak Goodman ve Gotlib (1999), tarafından ortaya konulan bu model, geçişin mekanizmalarını gelişimsel bir bakışla açıklamaktadır. Gelişimsel model, çok yönlü bir yaklaşım olması nedeniyle, günümüzde, konuyu en iyi açıklayan yaklaşımlardan biri olarak ele alınmaktadır.

Bu modele göre, anne ile bebek arasında varolan karşılıklı etkileşimin niteliğine ve düzeyine bağlı olarak problemler çeşitlenebilir ya da ağırlaşabilir.

Psikopatolojinin nesiller boyu aktarımı birbiriyle ilişkili bir dizi mekanizma ile mümkün olur. Bunlar arasında, genetik, biyolojik nörolojik sistem, bilişsel ve kişilerarası süreçler, ailenin işlevselliği ve diğer çevresel faktörler sayılabilir (Bkz.:Şekil 1:a). Bazıları anneden gelen ve çocuğu etkileyen, bazıları çocuktan kaynaklanıp anneyi etkileyen ve bazıları da olumlu ya da olumsuz bir döngü içinde karşılıklı birbirini etkileyen faktörlerdir (Elgar ve ark., 2004).



Şekil 1. Anne depresyonu ve çocuğun uyumu üzerine karşılıklı etkileşimin teorik modeli

Bu model, depresyon tanısı alan annelerin çocuklarında psikopatoloji oluşumu riskini ve olası etkilenme düzeyini açıklarken konuya tek bir yönden değil gelişim sürecini çoklu bir bakışla ele almaktadır. Bu anlamda, risk üzerinde belirleyici bir mekanizma olarak karşımıza çıkan biyolojik mekanizmalar başlığı altında genetik faktörler, nörolojik mekanizmalardaki işlev sorunları ve rahim içi gelişim; psikososyal faktörler başlığı altında bağlanma örüntüleri, çocuk disiplini,

çocuğa model olma, ailenin işlevselliği, çocuğu bilişsel, davranışsal ve duygusal anlamda olumsuz ya da uygun olmayan durumlara maruz bırakma ve çevresel faktörler başlığı altında da sosyo-ekonomik düzey, sosyal destek kaynakları gibi bileşenler de incelenmektedir (Goodman ve Gotlib, 1999).

I. 2. DEPRESYON TANISI ALAN ANNELERİN ÇOCUKLARININ ETKİLENME DÜZEYLERİNİ BELİRLEYEN ETMENLER ve DAYANIKLILIK

Depresyon tanısı alan annelerin çocukları annelerinin depresyonu nedeniyle başta depresyon olmak üzere diğer psikolojik rahatsızlıkların gelişimine yönelik olarak risk altındadırlar (Downey ve Coyne, 1990; Radke-Yarrow, 1998; Lovejoy ve ark., 2000; Elgar ve ark., 2004). Ancak, depresyonda olan bir anneye sahip olmalarına bağlı olarak risk altında olan her çocuk psikolojik sorunlar geliştirmemektedir. Annenin depresyonunun çocuk üzerindeki etkisi depresyonun annenin davranışlarını, bilişlerini ve duygularını nasıl etkilediğinin bir sonucudur (Cummings ve Davies, 1994). Çocukların ne derecede risk altında oldukları, ne tür psikolojik rahatsızlıkları geliştirebilecekleri ve bu rahatsızlıkların şiddeti bazı değişkenlere bağlı olarak değişmektedir. Yapılan çalışmalar bir risk faktörü olarak anne depresyonunun tek başına değil diğer risk oluşturabilecek faktörlerle birleştiğinde çocukların yaşamını olumsuz etkilediğini ve çocukların bu etkileşime bağlı olarak duygusal ve davranışsal sorunlar geliştirdiğine işaret etmektedir (Tebes ve ark., 2001; Combas ve ark., 2002). Bu değişkenler anneden kaynaklanan belirleyici faktörler, çocukla ilgili belirleyici faktörler ve çevresel faktörler olarak üç

ana başlık altında incelenebilir. İncelenecek olan her belirleyici faktör risk oluşturucu koşullar barındırmasının yanında koruyucu koşullar da bulundurmaktadır.

I. 2. 1. Anneden Kaynaklanan Belirleyici Faktörler

Anne ile ilişkili faktörleri incelerken annenin depresyonunun zamanı, şiddeti ve süresi, genetik faktörler, annenin bakım verme tutum ve davranışları ile annenin psikolojik geçmişi çocuğun anne depresyonunda etkilenme düzeyine yönelik belirleyici başlıklar olarak karşımıza çıkmaktadır.

I. 2. 1. a. Annenin Depresyonunun Zamanı, Şiddeti ve Süresi

Depresyon bireyin genel işlevselliğini doğrudan etkileyen psikolojik bir rahatsızlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda, bir annenin ne zaman depresyona girdiği büyük önem taşımaktadır (Radke-Yarrow, 1998). Depresyon tanısı alan annelerle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, annenin depresyonuna ilk kez maruz kalma yaşı küçüldükçe çocukların etkilenme düzeyi daha yüksek ve olumsuz olmaktadır (Radke-Yarrow, 1998; Goodman ve Gotlib, 1999; Weissman ve ark., 2005). Özellikle doğum sonrası dönemde depresyona giren annelerin çocuklarının yaşamlarının ilerleyen döneminde depresyon için yatkınlıkları son derece yüksektir (Weissman ve ark., 2005). Bunun nedeni olarak ise, henüz yeterli başa çıkma becerilerini kazanamadan anne depresyonuna maruz kalmanın özellikle olumsuz bağlanma örüntülerinin gelişmesine, benlik değerinin ve kendilik saygısının

olumsuz etkilenmesine yol açabileceği ileri sürülmektedir (Frankel ve ark., 1992; Kaslow ve ark., 1994; Wright ve ark., 2000; Whiffen ve ark., 2005).

Depresyon tanısı alan annelerin depresyonlarının kronik olup olmaması da çocuğun etkilenme düzeyi açısından önem taşımaktadır (Beardslee ve ark., 1998a). Annenin depresyonu kronikse ve çocuk çeşitli zamanlarda annesinin depresyonuna pek çok kez maruz kalmışsa etkilenme düzeyi daha yüksektir. Özellikle anne ilk kez ergenlik döneminde depresyon geçirmişse ve ilerleyen yaşamında aralıklarla depresyon geçirmişse çocuklar için risk daha da artmaktadır. Buna karşılık annenin depresyonuna ilk kez maruz kalan çocukların kronik anne depresyonuna maruz kalanlara göre daha az etkilendikleri bilinmektedir. Ancak, annenin depresyonunun kronik olup olmamasının yanında çocuğun yaşı da etkilenme düzeyini belirleyen en önemli etmenler arasındadır. Kronik anne depresyonuna ilk kez bebeklik döneminde maruz kalan ve ilerleyen dönemde de bu maruz kalma durumunun devam ettiği çocukların en fazla etkilenenler olduğu belirtilmektedir (Radke-Yarrow, 1998; Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000; Elgar ve ark., 2005). Bunun en büyük nedeni olarak ise bebeğin bu dönemde annenin depresyonu ile ilişkili yetersizliğine bağlı olarak sağlıklı bağlanma örüntülerini gerçekleştirememesi ileri sürülmektedir (Atkinson ve ark., 2000). Ayrıca, bilişsel ve sosyal anlamda en büyük öğrenme yaşantılarının deneyimlendiği bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinin depresyonu nedeniyle ihmal edilen bu çocukların bilişsel ve sosyal yeterliklerinin depresyonda olmayan annelerin çocuklarına göre daha düşük olduğu da belirtilmektedir (Goodman ve ark., 1993; Garber ve ark., 1999; Hay ve Pawlby, 2003).

I. 2. 1. b. Genetik Faktörler

Depresyon tanısı alan bir anneye sahip olmak çocukların başta depresyon olmak üzere diğer psikolojik rahatsızlıklara yatkın olmasını sağlamaktadır (Downey ve Coyne, 1990; Elgar ve ark., 2004). Ebeveynlerden biri depresyon tanısı aldığı ya da hayatının her hangi bir döneminde depresyon öyküsü yaşamışsa çocuk için depresyon riski %15 daha yüksek olmaktadır. Ebeveyni depresyonda olmayan çocuklarla karşılaştırıldıklarında ebeveynlerinden birinde depresyon olan çocuklar 6 kez daha risk altındadırlar. Hem anne hem de baba depresyon tanısı almış ise bu risk %40'a kadar yükselmektedir (Kaslow ve ark., 1994).

Depresyon tanısı almayan annelerin çocukları ile karşılaştırıldıklarında depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının, klinik olarak anlamlı düzeyde içe yönelim ve dışa yönelim problemlerini daha fazla sergiledikleri ve bu çocuklarda majör depresyon, kaygı, antisosyal davranışlar, davranım bozukluğu ve madde kullanımı bozukluğu oranlarının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (Najman ve ark., 2000).

Depresyon tanısı alan bir ebeveyne sahip olmanın yanı sıra depresyon tanısı alan bir büyükanneye ya da büyükbabaya sahip olan çocukların ise böyle bir ailesel geçmişi olmayan çocuklara göre herhangi bir kaygı için 5, kaygı bozukluğu için 3, depresyon için 10 ve başka herhangi bir ruhsal bozukluk için de 2 kez daha risk altında oldukları belirtilmektedir (Wickramaratne ve Weissman, 1998; Warner ve ark., 1999; Weissman ve ark., 2005,). Ayrıca, bu çocuklarda (hem depresyon tanısı

alan bir ebeveyne hem de depresyon tansı alan bir büyükanne ya da büyükbabaya sahip olan çocuklar) çeşitli korkuların yanında özellikle karanlık korkusu gelişimi için diğer çocuklara göre daha fazla risk altında oldukları da ortaya konmuştur (Grillon ve ark., 2005).

I. 2. 1. c. Annenin Psikolojik Geçmişi

Depresyonda olan annelerin çocuklarının etkilenme düzeyleri incelenirken en önemli noktalardan biri de annenin psikolojik geçmişidir. Annenin geçmişte de gerek depresyon gerekse başka psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle zorluklar yaşamış olması, yaşamakta olduğu depresyon sürecini etkilemekte ve tedavi döneminin daha uzun sürmesine neden olabilmektedir. Bu durumla paralel olarak annenin tepkileri de daha şiddetli olabilmekte ve çocuk da annesinin depresyonda olduğu döneme daha uzun süre maruz kalabilmektedir. Bir başka deyişle kronik depresyonu olan ya da daha önceden yaşadığı diğer psikolojik rahatsızlıklara ek olarak depresyona giren annelerin çocukları akut depresyon yaşayan annelerin çocuklarına göre annelerinin depresyonundan daha fazla etkilenmektedir (Downey ve Coyne, 1990; Goodman ve Gotlib, 1999; Weismann ve ark., 2005).

I. 2. 1. d. Bakım Verme Tutum ve Davranışları

Depresyonda olan bireyler depresyonlarının bir özelliği olarak genel bir isteksizlik hali, ilgi kaybı ve yorgunluk yaşarlar. Alınganlık düzeyleri artar, sabretme davranışları azalır ve çok daha kolay öfkelenirler. Dolayısıyla bu eğilimlerini başta

aileleri olmak üzere çevrelerine de yansıtırlar ve kişilerarası iletişimlerinde bozulmalar görülür (Köroğlu, 1997). Benzer biçimde, depresyon tanısı alan annelerin de çocuklarının ihtiyaç duyduğu uygun bakım verme davranışlarını yerine getirmekte ve çocuklarıyla iletişim kurmakta zorlandıkları görülmektedir (Elgar ve ark., 2004). Çocuklarının olumsuz davranışlarına karşı azalan hoşgörülerine bağlı olarak öfke, göstermekte bazen de şiddet içerikli karşılık vermektedirler. Öte yandan, depresyonda olan anneler çocuklarının problemlerine karşı duyarsız kalabilmekte, ihtiyaç duydukları desteği karşılayamamakta ve davranışlarını sağlıklı bir biçimde gözleyememektedirler. Ayrıca, çocuklarının davranışlarını ifade ederken olumsuz bir yanlılık içine girmekte, anlatımlarını abartılı yapmaktadırlar (Lovejoy ve ark., 2000; Elgar ve ark., 2004; Weissman ve ark., 2004).

Her ne kadar içeyönelim depresyonun en önemli özelliği olsa da, depresyonda olan bireylerin öfkeli ve saldırganca tutumlar içinde oldukları da görülmektedir. Bu tutumlar sadece sözel olarak değil mimikler, jestler ve duruşlarla da görülmektedir (Cummings ve Davies, 1994). Depresyonda olan annelerin ebeveynlik görev ve sorumlulukları incelendiğinde saldırganca tutumlarda artış olduğu, çocukla olan etkileşimde ve onunla birliktelikte duygu durumunun genelde olumsuz olduğu görülmektedir (Lovejoy ve ark., 2000). Bunun yanında, depresyonda olmayan annelerin çocuklarıyla karşılaştıklarında depresyonda olan annelerin çocuklarının daha sık fiziksel istismara uğradıkları görülmüştür. Ayrıca, depresyonda olan annelerin çocuklarına karşı etkili disiplin uygulayamadıkları belirtilmiştir. Bu anneler tutarlı bir disiplin uygulamakta başarısız kalmakta ve çocuklarına uygun davranış eğitimi verememektedirler. Uygun pekiştireçleri vermede ya da

zamanlamada yetersiz kalmaktadırlar (Cummings ve Davies, 1994; Kaslow ve ark., 1994; Elgar ve ark., 2005). Çocuk gelişiminde önemli bir etkisi olan çocuk disiplini olgusunun yetersiz işlemesi sonucunda depresyonda olan annelerin çocuklarının ilerleyen yaşlarında davranım bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle daha fazla tanı aldıkları belirtilmiştir (Beck, 1999; Elgar ve ark., 2005). Ayrıca, depresyonda olan annelerin çocuklarının antisosyal davranışları daha fazla gösterdikleri de belirtilmektedir (Kim-Cohen ve ark., 2005).

Çocuğun etkilenme düzeyi, depresyonda olan annenin bakım verme tutum ve davranışlarının yanı sıra çocuğun yaşına bağlı olarak da değişmektedir. Araştırmalar, anne bakımına en çok ihtiyaç duyulan bebeklik döneminde anne depresyonuna maruz kalan çocukların anne depresyonuna ilk kez çocukluk ya da ergenlik döneminde maruz kalanlara göre daha fazla etkilendiklerine işaret etmektedir (Radke-Yarrow ve Klimes-Dougan, 1997; Hammen, 1999). Ancak, başta bebeklik dönemi olmak üzere, bu anlamda annenin boşluğunu dolduran bir başka erişkinin varlığı (bir akraba [baba, anneanne, babaanne, teyze vb.] ya da bir bakıcı) ile çocuğun ihtiyaç duyduğu bakımı sağlaması çocuğun anne depresyonundan daha az etkilenmesini sağlamaktadır.

I. 2. 1. e. Olumsuz Bilişler

Depresyonla ilgili yazın incelendiğinde, depresyonda olan bireylerin sıklıkla olumsuz bilişlere sahip oldukları ve yaşadıkları depresyon süreciyle birlikte bu olumsuz bilişlerin niteliğinin daha da arttığı bilgisi göze çarpmaktadır. Depresyonun

bilişsel modellerine bakıldığında, olumsuz bilişlerin sadece depresyonda olan bireylere özgü bir durum olmadığına ve yaşantılarını değerlendirirken depresyonda olsun ya da olmasın kimi insanların daha karamsar ve olumsuz olduklarına dikkat çekilmektedir. Bunun en önemli nedeni olarak ise başta model alma olmak üzere öğrenme yaşantılarına işaret edilmektedir (Davison ve Neale, 1998; Garber ve Martin, 2002). Bir insanın, doğduğu andan itibaren öğrenme süreci içine girdiği ve öğrenmenin en yoğun olduğu dönemin de başta bebeklik dönemi olmak üzere çocukluk dönemi olduğu düşünüldüğünde, bu dönemlerde anneleri depresyonda olan çocukların olumsuz biliş edinimleri olabileceğini varsaymak çok da yanlış olmaz.

Anne ile etkileşimin en yoğun olduğu dönemler bebeklik ve çocukluk dönemleridir. Bu dönemlerde anneleri depresyonda olan çocukların anneleri depresyonda olmayan çocuklara göre, benlik kavramlarının daha olumsuz, olumlu şemalarının daha az olduğu ve depresyonla ilişkili tutum tarzlarını daha fazla sergiledikleri belirtilmiştir. Ayrıca, annesi depresyonda olan çocukların benlik saygılarının daha düşük olduğuna ve depresyon belirtilerini daha fazla gösterdiklerine de dikkat çekilmektedir (Garber ve Martin, 2002). Garber ve Robinson'da (1997), anneleri depresyonda olan ve olmayan çocukların bilişlerini karşılaştırdıkları bir çalışmada, anneleri depresyonda olan çocuklarda olumsuz biliş tarzlarının anlamlı olarak daha fazla olduğunu bulmuşlardır.

I. 2. 2. Çocukla İlgili Belirleyici Faktörler

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının etkilenme düzeylerini incelerken en önemli değişken gruplarından biri de çocuklarla ilgili faktörlerdir. Annelerinin depresyonunun şiddetinden, kronik olup-olmamasından, ebeveynlik davranışlarından ya da genetik yüklülüklerinden bağımsız olarak doğrudan çocukla ilişkili olan bazı özellikler çocukların annelerinin depresyonundan ne düzeyde etkilendikleri konusunda önemli bir etkiye sahiptir. Çocukla ilgili olan bu faktörler arasında çocuğun cinsiyeti, yaşı, bilişsel ve sosyal yeterlik düzeyi ile dayanıklılığı sayılabilir.

I. 2. 2. a. Cinsiyet

Depresyonda olan annelerin çocuklarının etkilenme düzeylerini belirleyen en önemli etkenlerden biri de çocuğun cinsiyetidir. Depresyonda olan annelerin kız çocuklarının genel olarak erkek çocuklarına göre 2/3 oranında daha fazla etkilendikleri belirtilmektedir (Beardslee, 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000).

Özellikle ergenlik döneminde kızlar anneleriyle etkileşime girdiklerinde daha fazla çatışma yaşamaları ve ebeveynleriyle ilişkilerinde yaşadıkları problemlere karşı daha duyarlı olmaları nedeniyle erkeklere göre daha sık depresyona girmektedirler (Lovejoy ve ark., 2000; Beardslee, 2002). Bununla bağlantılı olarak, anne depresyonu gibi ciddi bir stres kaynağına maruz kaldıklarında kızların başta depresyon olmak üzere psikolojik rahatsızlıklara karşı erkeklere oranla daha

savunmasız kaldıkları belirtilmektedir. Bunun nedeninin ise, depresyon tanısı alan annenin, depresyonuyla bağlantılı olarak yaşamsal görev ve sorumluluklarında yetersiz işlev sergilemesi ve böylece kızlarından ilgi görmeleri olduğu ileri sürülmektedir (Sarigiani ve ark., 2003). Ayrıca, kızların toplumsal cinsiyet modelleri ile bağlantılı olarak da anne depresyonundan daha fazla etkilenebilecekleri de varsayılmaktadır (Goodman ve Gotlib, 1999).

Depresyonda olan annelerin çocuklarının etkilenme düzeylerinde cinsiyetin rolüne yönelik olarak getirilen bir başka açıklama da, kızların ve erkeklerin annelerinin depresyonundan farklı şekillerde etkilenebilecekleridir. Örneğin; depresyonda olan annelerin kızlarının depresyonla ilişkili belirtileri daha çok sergilediği ve oğullarının da sıklıkla davranım problemleri yaşadıkları belirtilmektedir (Cummings ve Davies, 1994).

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının etkilenme düzeylerinde cinsiyetin rolüne ilişkin olarak kızların erkeklere göre daha fazla risk altında oldukları belirtilse de, cinsiyetin anlamlı bir değişken olmadığını ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır. McCauley-Ohannesian ve ark. (2005) yaptıkları bir çalışmada, depresyonda olan annelerin ergen çocuklarında psikopatoloji oluşumu açısından cinsiyete bağlı anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir.

I. 2. 2. b. Yaş

Depresyonda olan annelerin çocuklarının etkilenme düzeyleri üzerinde etkili olan bir başka faktör de çocuğun yaşıdır. Anne depresyonuna maruz kalan çocuğun yaşı küçüldükçe çocuğun etkilenme düzeyinin de arttığı belirtilmektedir (Goodman ve Gotlib, 1999; Weissman ve ark, 2005). Özellikle doğum sonrası depresyon geçiren annelerin depresyonuna maruz kalan bebeklerin etkilenme düzeylerinin en yüksek olduğu ileri sürülmektedir (Herring ve Kaslow, 2002; Van Doesum ve ark., 2005). Bunun nedeni olarak, depresyonun etkisiyle annenin, bebeğin verdiği ipuçlarını uygun bir şekilde değerlendirememesi, bebeğin ihtiyaçlarını uygun bir biçimde karşılayamaması ve bu duruma bağlı olarak da bebeğin sağlıklı bir bağlanma örüntüsü gerçekleştirememesi gösterilmektedir (Gelfand ve Teti, 1990; Goodman ve Gotlib, 1999). Verdiği ipuçlarına bağlı olarak ihtiyaçları uygun bir şekilde karşılanmayan bebek, huzursuz ve ağlayan bir bebek olmaktadır. Buna paralel olarak da annenin hali hazırda olumsuz olan duygu durumu daha da olumsuzlaşmaktadır (Elgar ve ark., 2005; Van Doesum ve ark., 2005).

Okul öncesi dönemde olan çocuklar da annelerinin depresyonundan etkilenmektedir. Bu çocuklar, annelerinin depresyonuna tepki olarak buldukları dönemden daha önceki yaş dönemlerine özgü davranışları sergilemeye başlayabilirler (Downey ve Coyne, 1990; Lovejoy ve ark., 2000). Bu çocukların problem çözme davranışlarının da annesi depresyonda olmayan akranları ile karşılaştırıldığında etkili yollar olmadığına dikkat çekilmektedir.. Tercih ettikleri çözüm yolları genelde ağlama, ısrarcı olma, inatlaşma ya da kaçınma biçiminde

olmaktadır (Frankel ve ark., 1992). Ayrıca, bu yaş grubundaki çocuklar anne depresyonuna tepki olarak içeyönelim ve dışayönelim davranışlarını da sergilemekte, akranları ile sağlıklı ilişki kurmakta sorunlar yaşayabilmektedirler (Solantaus-Simula ve ark., 2002, a,b).

Okul çağı çocuklarının annelerinin depresyonundan etkilenme düzeyine bakıldığında ise, bu çocukların akran ilişkilerinde zorluk, dikkat eksikliği sorunları ve akademik sorunlar yaşadıkları görülmektedir (Frankel ve ark., 1992; Lovejoy ve ark., 2000). Bu çocukların, depresyonda olan annelerinin tutumlarına benzer biçimde kendilik saygılarının ve güvenlerinin daha düşük olmasının yanında atıf tarzları da sıklıkla olumsuz olmaktadır (Gelfand ve Teti, 1990; Beardslee ve ark., 1998a Garber ve Martin, 2002). Ayrıca, annesi depresyonda olan okul çağı çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yönelik olarak annesi depresyonda olmayan çocuklara göre iki kez daha risk altında oldukları belirtilmektedir (Gelfand ve Teti, 1990).

Ergenlik döneminde ise, bireyler, üstesinden gelmek zorunda oldukları pek çok görevle karşı karşıyadır. Bir ergen için, kimlik oluşturma, cinsel çatışmaları çözümü ve meslek seçimi gibi ergenlik dönemine özgü görevleri yerine getirmek, başlı başına zorlayıcı, stres ve çatışma yaratıcı bir süreçtir (Uğurtaş, 1999). Bu dönemde annelerinin depresyonda olması nedeniyle anneleri tarafından ihmal edilen ergenler, karşı karşıya kaldıkları görevleri yerine getirirken hem destek alacakları çok önemli bir kaynaktan yoksun kalmış olurlar hem de normalde olacağından çok daha fazla çatışmaların içinde boğulurlar (Gelfand ve Teti, 1990). Özellikle

depresyonda olan annelerin kız çocukları annelerinin depresyonundan nispeten daha fazla etkilenmekte, içyönelim göstermekte ve başta depresyon olmak üzere kaygı bozuklukları ve davranım bozukluğu sergileyebilmektedirler (Beck, 1999; McCauley Ohannessian ve ark., 2005). Buna karşın erkek çocuklar ise dışyönelim göstermekte ve madde kötüye kullanımı, davranım bozukluğu gibi sorunlar sergileyebilmektedirler. Kızlarda ve erkeklerde bu tip bir farklılaşma görülebilmese karşın her iki grup arasında psikopatoloji oluşumu sıklığı açısından anlamlı bir fark olduğuna ilişkin çelişkili bulgular bulunmaktadır (Beardslee ve ark., 1998a). Ayrıca, annesi depresyonda olan ergenlerin akademik başarılarında düşme, kişilerarası ilişkilerinde bozulma, duygusal kontrolde sorunlar (öfke patlamaları, ağlama krizleri vb.) yaşama gibi durumlar da görülmektedir (Gelfand ve Teti, 1990; Solantaus-Simula ve ark., 2002a; McCauley-Ohannessian ve ark., 2005).

I. 2. 2. c. Bilişsel ve Sosyal Yeterlik Düzeyi

Anneleri depresyonda olan çocuklar, daha önceden de belirtildiği gibi annelerinden yeterli düzeyde bakım ve ilgi alamadıkları, anneleriyle uygun bir biçimde etkileşime giremedikleri, annelerinin olumsuz bilişlerine, duygularına ve davranışlarına maruz kaldıkları için pek çok yönden yeterli gelişim gösterememekte, varolan potansiyellerini etkin kullanamamaktadırlar.

Kuramsal olarak çocukların bilişsel gelişimi, depresyonda olan annelerin bakım verme davranışından etkilenmektedir (Cummings ve Davies, 1994). Anneleri depresyonda olan çocukların düşünceleri, algıları, duyguları ve olayları yorumlama

biçimi annelerinin depresyonundan etkilenmektedir. Çünkü, bu çocuklar annelerinin depresyonuna bağlı olarak olumsuz bir ev ortamında, yeterli ilgi ve bakımı alamadıklarından, annelerinin olumsuz bilişlerine, davranışlarına ve duygularına maruz kalarak büyümektedirler. Anneleri depresyonda olan çocukların bilişsel yeterlik düzeyine bakıldığında, bu çocukların öğrenme deneyimi yaşantılarının azlığı ve tek yönlü olduğu göze çarpmaktadır. Koşullara bağlı olarak farklı olasılıklar olduğunu öğrenme deneyimlerinin az olduğu, yeni koşullara duygusal olarak uyum sağlamakta ve dikkat yönlerini değiştirmekte zorlandıkları belirtilmektedir (Kurstjens ve Wolke, 2001). Depresyonda olan annelerin çocuklarıyla çeşitli etkinlikler düzenlemekte, birlikte oyun oynamakta ve konuşmakta yetersiz kaldıkları da belirtilmektedir. Ayrıca, annenin depresyonuyla birlikte gelişen evlilik çatışması ve sosyal destek yetersizliği gibi yaşam koşulları da öğrenme sürecini olumsuz etkileyerek çocuğun sosyal güçlükler yaşamasına neden olmaktadır (Sameroff ve ark., 1993).

Goodman ve ark. (1993), depresyonda olan annelerin çocuklarının sosyal ve duygusal gelişimlerinin üç boyutta etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu boyutlar: (a) olumlu bir benlik kavramı oluşturma, (b) uyum sağlayabilen bir benlik kontrolü ve dürtü kontrolü geliştirme ve (c) akranlarla ilişki kurma becerileri ve sosyal kabul kazanma olarak isimlendirilmektedir.

Depresyonda olan annelerin çocuklarının benlik kavramlarının genelde olumsuz olduğu düşünülmektedir. Kendileri ya da çocukları hakkında olumsuz düşünme biçimleri olan ve olumlu etkileşimleri sürdürmede sürekli zorlanan

depresyonda olan anne modeline maruz kalan çocuklar olumsuz bir benlik kavramı geliştirmekte ve olayları kontrol etmede kendi işlevselliğine ilişkin algısı düşük olmaktadır (Garber ve Little, 1999; Goodman ve Gotlib, 1999).

Bir gelişimsel ödev olan benlik kontrolünün edinimi, dürtü kontrolünü sağlamayı, memnuniyeti erteleyebilmeyi, ayartılmaya karşı direnebilmeyi, istekleri azaltabilmeyi ve motor davranışların kontrolünü kazanmayı içerir (Goodman ve ark., 1993). Uyum sağlayabilen bir benlik kontrolünü geliştirememeye içeyönelim ya da dışayönelim belirtileriyle kendini gösteren davranış sorunlarına neden olur (Solantaus-Simula ve ark., 2002, a, b). Depresyonda olan anneler çocukları üzerinde işlevsel ve tutarlı bir disiplin uygulama konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar. Bununla bağlantılı olarak depresyonda olan annelerin çocukları, yeterli benlik kontrolünü geliştirmede sorun yaşamakta ve hem içeyönelim hem de dışayönelim sorunları göstermektedirler (McCauley-Ohannessian ve ark., 2005; Goodman ve ark., 1993).

Depresyonda olan annelerin çocuklarının genelde akranlarıyla ilişki kurma becerilerinin düşük olması ve daha az popüler olmaları beklenmektedir. Bunun en büyük nedeni depresyonda olan annelerin çocuklarına sağlıklı ilişki kurma becerileri ile ilgili olumlu bir model oluşturmada yetersiz kalmalarıdır. Depresyonda olan annelerin içekapanık, alıngan, sorumsuz davranışları çocukların sosyal ilişkilere yönelik olarak uygun olmayan beceriler edinmelerine yol açmaktadır (Goodman ve ark., 1993; Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999). Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının sosyal ilişkilerinde içekapanık, duyarsız, girişken olmayan ve karşılık bekleyen bir yapıda oldukları belirtilmektedir (Goodman ve ark.,

1993). Ayrıca, bu çocukların akranları arasında popüler olamadıkları, uygun akran ilişkileri kurmakta zorluk çektikleri ya da kuramadıkları da belirtilmektedir (Goodman ve Gotlib, 1999).

Tüm bunlara karşın, çocuğun depresyonda olan annesi dışında sağlıklı iletişim kurabileceği bir başka erişkinin varlığı çocuğun içinde bulunduğu durumdan daha az etkilenmesini sağlamaktadır (Beardslee ve ark., 1998a). Özellikle destekleyici bir babanın, öğretmenlerin, akrabaların ya da bakıcının olması çocuğun sağlıklı bir bilişsel ve sosyal gelişim sergilemesine katkıda bulunmakta ve çocuğun depresyonda olan annesinin sergilediği olumsuz modelin yerine başka alternatifler sunmaktadır (Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000). Ayrıca, çocuğun yaşla beraber gelişen ve artan bilişsel ve sosyal yeterlik düzeyi ile ilişkili olarak anne depresyonuna ilk kez çocukluk ya da ergenlik döneminde maruz kalanların bebeklik döneminde maruz kalanlara göre kendilerini olumsuz bilişsel ve sosyal etkilerden daha iyi koruyabilecekleri ileri sürülmektedir (Elgar ve ark., 2004).

I. 2. 3. Çevresel Faktörler

Depresyon tansı alan annelerin çocuklarının risk altında olmalarının pek çok nedeni vardır. Depresyonda olan annelerin çocukları gelişimsel çatışmaları aşmalarında kendilerine yardımcı olup destekleyecek bir ev ortamına genelde sahip değillerdir. Aksine, ev ortamları, onları duygusal yaşantılara karşı başa çıkma becerileri kazandırmaktan uzak, stres ve çatışma altında olarak değerlendirilebilir (Klimes-Dougan ve ark., 1998). Fiziksel olarak hasta ya da sağlıklı annelerin

çocuklarıyla karşılaştırıldıklarında depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının, evlilik çatışması, aile içi anlaşmazlıklar ve ekonomik sıkıntılar gibi olumsuz yaşam olaylarına daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir (Hammen ve ark., 1987; Garber ve Martin, 2002). Depresyonda olan bireylerin evliliklerinin genelde çatışmalı, gergin ve acı çektirir nitelikte olduğuna işaret edilmektedir (Gotlib ve Beach, 1995). Depresyon hastaları ve eşlerinde gözlenen yüksek düzeylerdeki boşanma, evlilikte bozulmalar ve eşler arasındaki olumsuz ilişkiler, çocukların gelişimlerini etkileyen en önemli stres kaynakları arasındadır (Cummings ve Davies, 1994). Bu çerçeveden bakıldığında, anne depresyonunun çocukların olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma düzeylerini artırıcı bir etkisi olduğu söylenebilir (Garber ve Martin, 2002). Bu bağlamda, anne depresyonunun çocuklar üzerindeki etkisinde belirleyici bir role sahip olarak karşımıza çıkan en önemli faktörler arasında babanın tutum ve davranışları, evlilik çatışmaları ve aile içi anlaşmazlıklar, diğer sosyal destek ağları, sosyo-ekonomik düzey ve çevresel stres düzeyi sayılabilir. Bu faktörler, çocuk için önemli birer risk faktörü olabileceği gibi koruyucu birer faktör olarak da işlev sahibi olabilir.

I. 2. 3. a. Babanın Tutum ve Davranışları

Depresyonda olan annelerin çocuklarının etkilenme düzeylerini belirleyen faktörler arasında babanın son derece önemli bir rolü vardır. Annesi depresyonda olan çocukların babaları yoksa ya da onlarla birlikte yaşamıyorsa ya da babaların da psikolojik rahatsızlıkları varsa ve anneye ya da çocuğa karşı destekleyici tutum ve davranışlar sergilemiyorsa, bu çocukların psikopatoloji gelişimine yönelik olarak

daha büyük bir risk altında oldukları belirtilmektedir. Annesinin depresyonda olmasının yanında babası da depresyonda olan çocuklar sadece annesi depresyonda olan çocuklara göre daha büyük risk altındadırlar (Weissman ve ark., 2004). Benzer biçimde, anneleri depresyonda olan çocukların babalarının sağlıklı, destekleyici ve yardımcı olmaları, çocuklar için koruyucu bir etmen olmaktadır (Downey ve Coyne, 1990; Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999; Elgar ve ark., 2004). Evde sağlıklı bir babalarının olması, koruyucu bir rol oynayarak, annesi depresyonda olan okul çağı çocukların gösterdikleri psikolojik sorunları azaltıcı bir etki göstermektedir (Conrad ve Hammen, 1989).

Ruhsal olarak sağlıklı bir babayla birlikte yaşamak annesi depresyonda olan bir çocuk için ne kadar önemli bir koruyucu faktörse babanın ruhsal olarak sağlıklı olmaması da o derece önemli bir risk faktörüdür. Annelerinin depresyonda olmasının yanında babaları da depresyonda olan ergenlerin duygusal ve davranışsal sorunlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Goodman ve Gotlib, 1999). Depresyonda olan annelerin çocuklarında görülen psikiyatrik bozukluklarla babalarının psikiyatrik bozuklukları arasındaki ilişkilere bakılan bir araştırmada (Marmorstein ve ark., 2004), Minnesota İkiz Aile Çalışması'nda yer alan katılımcılardan oluşturulan bir örneklem üzerine çalışılmıştır. Yaptıkları çalışma sonucunda anneleri depresyonda olan ve babalarında da depresyon ya da başka bir psikiyatrik bozukluk olan (özellikle alkol bağımlılığı ve psikotik bozukluk) çocukların sadece anneleri depresyonda olan çocuklara göre daha fazla psikolojik rahatsızlık sergilediklerini bulmuşlardır.

I. 2. 3. b. Evlilik Çatışması ve Aile İçi Anlaşmazlık

Depresyonda olan annelerin depresyon belirtilerine bağlı olarak sergiledikleri duygusal ve davranışsal örüntüler hem eşleriyle hem de çocuklarıyla olan ilişkilerine yansımaktadır. Annelerin depresyonda olduğu ailelerin genel özellikleri arasında, ilişkilerde sevgi ve şefkatin yetersizliği, aile bağlarının zayıf olması, aile içi anlaşmazlıkların yoğunluğu ve boşanma oranlarının yüksekliği sayılabilir (Fendrich ve ark., 1990; Solantaus-Simula ve ark., 2002a, b; Sarigiani ve ark., 2003). Depresyonda olan annelerin evlilik ilişkilerinin çatışmalı, gergin ve düşmanca olduğu belirtilmektedir. Bu kadınların eşleriyle olan ilişkilerinin, genel olarak, olumsuz olduğu görülmektedir. Depresyon ve evlilik çatışması arasındaki ilişki her ne kadar açık değilse de depresyonda olan annelerin çocuklarının aynı zamanda ebeveynlerinin evlilik çatışmasına maruz kaldıkları da bilinmektedir. Depresyonda olan annelerin evliliklerindeki çatışma düzeyinin de yüksek olmasına bağlı olarak, evlilik çatışmasının çocukların uyum sorunları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Downey ve Coyne, 1990). Anne depresyonu ile birlikte yoğun bir evlilik çatışmasına da maruz kalan çocukların daha fazla etkilendikleri düşünülmektedir (Goodman ve Gotlib, 1999).

Depresyonda olan kişiler, eşleriyle, arkadaşlarıyla ve diğer sosyal destekleriyle etkileşime girerken büyük zorluk yaşarlar. Anneleri depresyonda olan çocuklar, annelerinin girdiği bu etkileşimlere tanık olur; onun başkalarına karşı olan davranışlarını ve yaklaşımlarını kendine model olarak alır ve erişkinlerle ya da akranlarıyla olan etkileşimlerine bunları yansıtır. Bazı durumlarda bu ilişki zorlukları

ve sosyal desteğin yetersiz olması çocuğun aile çevresi dışında bir erişkinle ilişki kurmasını engelleyebilir. Bu da çocuğun önemli bir koruyucu faktör olan aile dışı destekten yoksun kalmasına yol açar (Herwig ve ark., 2004).

Hammen ve ark. (2004), depresyonda olan annelerin çocuklarında duygu durum bozukluklarının oluşumunda aile içi anlaşmazlıkların önemli bir rolü olduğunu belirtmişlerdir. Aile içi çatışmalar, anneleri depresyonda olmayan çocuklarda da depresyona yönelik bir risk faktörü oluşturmakla birlikte, anneleri depresyonda olan çocuklar depresyon nedeniyle daha fazla tanı almaktadırlar. Fendrich ve ark.'nın (1990), yaptığı bir çalışmada, evlilik çatışmasını yüksek düzeyde bildiren depresyonda olan annelerin çocuklarının yaşamları boyunca herhangi bir psikolojik rahatsızlık nedeniyle tanı alma sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca, yine aynı araştırmanın bulgularına göre annelerin depresyonda olduğu ailelerin çocuklarında, ebeveyn-çocuk çatışmasına bağlı olarak davranım bozukluğunun yüksek olduğu, aile içi uyumun düşüklüğü sonucunda depresyon ve davranım bozukluğunun arttığı görülmektedir. Bunun yanında, anne depresyonuyla birlikte ebeveynlerin boşanma koşulu da olduğunda çocuklarda davranım bozukluğu tanılanmasının oldukça sık görüldüğünü belirtmişlerdir (Beck, 1999).

I. 2. 3. c. Sosyal Destek

Depresyonda olan bireyler, depresyonlarından ötürü sosyal ilişkilerinde sorun yaşamaktadırlar. Daha alıngan olmakta, kurdukları ilişkilerde olumsuz olma

eğilimine girmektedirler. Hem karşılarındaki kişilerin yaklaşımlarını olumsuz değerlendirmekte hem de başkalarına karşı olumsuz yaklaşımlar sergilemektedirler. Bu tavır sadece başkalarına karşı değil eşlerine ve çocuklarına karşı da devam etmektedir. Özellikle depresyonda olan annelerin, çocuklarının ihtiyaç duyduğu sosyal desteği veremedikleri görülmektedir (Dodge, 1990; Downey ve Coyne, 1990; Radke-Yarrow, 1998).

Her birey için olduğu gibi çocuklar için de paylaşımda bulunabilecekleri, gerektiğinde danışabilecekleri, kendilerine model alabilecekleri gerek erişkinlerin gerekse kendi akranlarının olması önemlidir. Depresyonda olan annelerin çocukları bu anlamda birincil sosyal desteklerden yoksun kalabilmektedirler. Depresyona bağlı olarak anne- ve çocuk arasında önceden normal düzeyde olan çatışma artmakta, birlikte vakit geçirme ve ortak etkinlikler paylaşma azalmaktadır (Sarigiani ve ark., 2003).

I. 2. 3. d. Sosyo-Ekonomik Düzey

Annesi depresyonda olan çocukların etkilenme düzeyleri üzerinde sosyal sınıfın ve yoksulluğun etkisi olduğuna ilişkin çeşitli çalışmalar vardır. Başta depresyon olmak üzere duygu durum bozukluklarının özellikle alt sosyo-ekonomik düzeye mensup annelerde daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000).

Lovejoy ve arkadaşları (2000), ekonomik olanakların depresyon üzerinde etkisi olduğunu belirtmektedir. Bunun birinci nedeni ekonomik olarak zor koşullar altında olan annelerin, depresyona ek olarak başka bir stres kaynağına daha sahip olmalarıdır. Ekonomik yetersizlik; gelişimsel sorunlar, çocuğun davranışsal sorunları ya da yalnız ebeveynlik gibi, ebeveynlik rolünü zorlaştıran pek çok faktörü de beraberinde getirmektedir (Cummings ve Davies, 1994).

I. 2. 3. e. Çevresel Stres Düzeyi

Stres, bedenin içsel ya da dışsal uyarıcılara karşı verdiği özgül olmayan tepki olarak tanımlanmaktadır (Akman, 2004). Bir başka deyişle, stres, kişi ve çevrenin etkileşimi sonucunda oluşur ve organizmanın sadece bir bölümünü değil tümünü etkiler. Bu bağlamda ele alındığında, stres, günlük yaşamın bir parçası olarak vardır. Buna karşın, stresli yaşam olaylarının bireyleri etkileme düzeyi zorlayıcılık boyutuna ve bireysel farklılıklara göre değişmektedir.

Stres yaratan faktörler gündelik yaşamın bir parçası olarak varolmaktadır. Bu faktörler günlük sıkıntılar olarak isimlendirilmektir. Günlük sıkıntılar, yemek yapılacak bir malzemenin eksik olması, çok dolu bir otobüste yolculuk etmek, çalışma arkadaşlarıyla yaşanan ufak tartışmalar gibi durumlar olabilir. Günlük sıkıntıların yanında sürekli stres kaynakları da insan yaşamının bir parçasıdır. Örneğin, sosyo-ekonomik olarak yetersiz koşullar, sürekli tartışmalar yaşanan bir evlilik, işten çıkarılma tehdidi altında çalışmak, özürlü bir çocuğa sahip olmak vb. sürekli stres kaynakları arasında gösterilebilir. Bunların yanında travmatik yaşantılar

da (doğal felaketler, sevilen birinin kaybı, fiziksel bütünlüğe yönelik tehdit vb.) her insanın yaşamın bir noktasında yaşadığı yoğun stres yaşantıları arasında yer almaktadır (Rice, 1999; Yalın, ve ark., 2002). Buradan yola çıkılarak, stres ve depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında ise ilginç bir tablo ortaya çıkmaktadır. Stres ve depresyon, birbirini tetikleyen ve karşılıklı etkileşim içinde olan iki olgudur. Kronik stres yaşantısı içinde olmak ya da travmatik yaşantılara maruz kalmak depresyonu tetiklerken; depresyonda olan bir kişi için günlük sıkıntılar bile aşırı birer stres kaynağı olabilmektedir.

Depresyonda olan annelere ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu annelerin aile yaşantılarında evlilik çatışmalarının oldukça fazla olduğu, çocuklarına sınır koymakta zorlandıkları, çocuklarıyla ilgili problemleri çözümede yetersiz kaldıkları, çocuklarının problem davranışları karşısında çaresiz kaldıkları, ebeveynlik görev ve sorumluluklarını yerine getirmekte sıkıntı yaşadıkları görülmektedir. Depresyonda olmayan anneler için bile sıkıntı yaratabilen bu durumlar, depresyonda olan annelerin stres düzeyini daha da artırarak depresyonlarının şiddeti üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir. Sonuç olarak, aile içi paylaşım ve iletişim azalmakta ya da aile bütünlüğünü tehdit edebilecek kadar olumsuz bir noktaya gelebilmektedir (Jacob ve Johnson, 1997; Gartstein ve Sheeber, 2004).

I. 2. 4. Dayanıklılık (Güçlü Olma-Resilience)

Depresyonda olan annelerin çocukları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, depresyonda olan bir anneyle büyümesine karşın pek çok çocuğun

psikolojik anlamda sağlıklı olduğu gör÷lmektedir. Ayrıca, ebeveynlerinden birinin ya da her ikisinin birden depresyonda olması, bu çocukların gelecekte davranışsal, duygusal sorunlar yaşayacağını ya da psikiyatrik belirtiler sergileyeceğini de göstermez. Yapılan çalışmalar, ciddi psikolojik rahatsızlıkları olan ebeveynlerin çocuklarının önemli bir bölümünde davranışsal ve duygusal sorunlar ya da psikolojik belirtiler olmadığına işaret etmektedir (Tebes ve ark., 2001; Compas ve ark., 2002). Buradan da görüyoruz ki, anneleri depresyonda olan çocuklar ve ergenler, çeşitli faktörlere bağlı olarak annelerinin depresyonuna farklı tepkiler göstermekte ve bundan farklı düzeylerde etkilenmektedirler (Downey ve Coyne, 1990; Beardslee ve ark., 1998a; Herring ve Kaslow, 2002; Sarigiani ve ark., 2003). Kimi çocuklar ve ergenler depresyonla ilişkili belirtiler, okul ve uyum problemleri, sosyal ve davranışsal sorunlar sergilerken kimileri de olumlu stratejiler geliştirerek bu durumla başa çıkabilmektedirler (Cummings ve Davies, 1993). Savaş, şiddet, yoksulluk, ağır hastalıklar, bir aile üyesinin sakatlığı ya da yetersizliği gibi durumlara maruz kalan çocuklarla yapılan çalışmalar, beklentilerin aksine en zor ve mücadele gerektiren koşullarda bile çocukların erişkinleri şaşırttığını ve kayda değer bir uyum kapasitesi sergilediğini göstermektedir. Zor koşullara rağmen uyum sağlama kapasitesi “dayanıklılık” (güçlü olma, ayakta kalma) olarak ifade edilmektedir (Masten, Best ve Garnezy, 1990). Dayanıklı ya da güçlü olarak ifade edilen çocuklar, hali hazırda varolan sıkıntı ve üzüntüleri dışarıda bırakarak uyum sağlama becerisine sahiptirler (Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999).

Dayanıklılık, önemli sıkıntılar karşısında olumlu uyumu kapsayan dinamik bir süreci tanımlar. Bu görüşe bağlı olarak, şiddetli bir sıkıntıya ya da önemli bir

tehdide maruz kalma ve gelişimsel süreçteki önemli saldırılara rağmen olumlu uyum başarısının ortaya çıkmasında iki kritik durum söz konusudur (Luthar ve ark., 2000). Bunlardan birincisi bireysel farklılıklardır. Olumsuz sonuçlanabilecek bir risk durumunda bireylerin verdikleri tepkilerin niteliğine bağlı olarak sonuç yaralayıcı olmaktan uzaklaşarak bireyin güçlenmesine yardımcı olabilecek olumlu bir hale gelebilir. İkinci kritik durum ise çevresel özelliklerdir. Risk oluşturan koşullar, “bir saldırı ya da tehdide maruz kalma” ve “korunma” mekanizmalarını içerir. Bu mekanizmalar riskin ortaya çıkmasını ve bu riske karşı nasıl tepki verileceğini belirler. Kişinin bu durumlara verdiği tepkilere bağlı olarak karşılaştığı sonuçlar dayanıklılığın açıklanmasını sağlar. Böylece birey, zor durumlarda nasıl davranacağını öğrenir. Bu öğrenmeler olumlu olabileceği gibi olumsuz da olabilir. Bir başka deyişle, olumsuz sonuçların azalması ya da olumluların artması bireyin dayanıklılık (dayanma) gücüne bağlıdır (Luthar ve ark., 2000; Tebes ve Irish, 2000; Tebes ve ark., 2001).

Dayanıklı çocuklar, daha aktif olan, yakın arkadaşlıklara sahip, destekleyici ve öğretici kişilerarası ilişkiler kuran, okulu benimseyen, okulun yanında çeşitli sosyal faaliyetlerle yaşamlarını dolduran ve problem çözme becerilerine sahip çocuklardır. Ayrıca, kendilerine güvenleri, kendilik değerleri ve benlik saygıları da daha yüksektir (Gelfand ve Teti, 1990; Beardslee ve ark., 1993; Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999; Sarigiani ve ark., 2003). Radke-Yarrow ve Klimes-Dougan (2002), depresyonda olan ebeveynler ve çocukları ile yaptıkları bir çalışmada eğitimleri ve sosyo-ekonomik düzeyleri yüksek olan ebeveynlerin

çocuklarının, eğitimleri ve sosyo-ekonomik düzeyleri düşük olan ebeveynlerin çocuklarına göre daha dayanıklı olduklarını belirtmişlerdir.

Dayanıklı çocukların, annelerinin depresyonda olmalarına yönelik gösterdikleri tepkinin çaresiz kalıp kendilerini suçlamaktan çok çözüm aramak ve buldukları çözüm yollarını uygulamaya koymak doğrultusunda olduğu belirtilmektedir (Beardslee ve ark., 1998a; Beardslee, 2003). Bir başka deyişle, dayanıklı çocuklar, problem çözme becerilerine sahiptir ve bu becerilerini etkin olarak kullanabilmektedirler. Bu çocuklar, annelerinin durumu ve kendi yaşantılarıyla ilgili gerek başka erişkinlerden gerekse akranlarından destek arayabilmekte ve ihtiyaç duydukları bu desteği sağlamanın yollarını bulabilmektedirler (Sarigiani ve ark., 2003). Ancak, her ne kadar dayanıklı çocuklar annelerinin depresyonuyla başa çıkmakta dayanıklı olmayan çocuklara göre daha becerikli olsalar da, bu çocukların da desteğe ihtiyaç duydukları ve görmezden gelinmemeleri gerektiği de belirtilmektedir (Beardslee, 2002; Gladstone ve Beardslee, 2002).

I. 3. DEPRESYON TANISI ALAN ANNELER ve ÇOCUKLARI İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Depresyonda olan anneler ve çocuklarıyla ilgili yurt dışında çok sayıda araştırma yapılmış olmasına karşın Türkiye’de yapılan araştırmalar sayıca az ve kapsam olarak da sınırlıdır. Yurt dışında yapılan çalışmalar konuyu çok yönlü bir şekilde ele alarak gerek kesitsel gerekse uzunlamasına olarak sadece bir tarama ya da

depresyonda olan annelerin çocuklarında görülen belirtiler dağılımlarını ya da psikiyatrik bozuklukları belirlemekten öte koruma ve müdahale girişimlerine de yer vermektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalara baktığımızda ise, sadece depresyonda olan annelerin çocukları ile ilgili olarak çok az sayıda araştırma olduğunu ve bunların da ağırlıklı olarak varolan belirtileri ya da psikiyatrik durumu değerlendirdiği görölmektedir. Bu araştırmaların dışında depresyona ilişkin bir özelleştirme yapılmadan psikiyatrik bozukluğu olan annelerin çocuklarına yönelik yine benzer yaklaşım içinde yapılmış bazı araştırmalar da bulunmaktadır. Ancak, depresyonda olan annelerin çocuklarına yönelik olarak koruma ve müdahaleyi içeren bir araştırma bulunmamaktadır.

Bu bölümde, depresyonda olan anneler ve çocukları ile ilgili yapılan çalışmalar sırasıyla yurtdışında ve Türkiye’de yapılan çalışmalar olarak iki başlık altında incelenecek; ardından da depresyon tanısı alan annelerin çocuklarına yönelik koruyucu-önleyici müdahale programlarını içeren araştırmalara yer verilecektir.

I. 3. 1. Depresyon Tanısı Alan Anneler ve Çocukları ile İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar

Bu bölümün başında da belirtildiği gibi depresyon tanısı alan anneler ve çocuklarına ilişkin yurtdışında çok sayıda araştırma yapıldığı görölmektedir. Burada bu çalışmaların bir kısmı araştırma konusu dahilinde sınırlandırılarak verilecektir.

Hammen ve Brennan (2003), anne depresyonunun şiddetinin, kronikliğinin ve zamanının ergen çocuklardaki ruhsal bozukluklara yönelik oluşturduğu riski inceledikleri bir çalışmada 816 anne ve bu annelerin 15 yaşındaki 414'ü erkek, 402'si kız olan çocukları ile çalışmışlardır. Çalışmada yer alan 816 anneden 358'i geçmişte ya da çalışma yapıldığı sırada depresyonda iken; kalan 458'i hiç depresyona girmemiştir. Annelerden gebelik sürecinde, doğum sonrasında, çocuk 6 aylıkken ve çocuk 5 yaşındayken bilgi alınmış ve bu bilgiler ışığında örneklem grubu oluşturulmuştur. Çalışma bulguları, annelerinde majör depresyon, distimik bozukluk ya da önemli düzeyde minör depresyon olan çocukların, 10 yaşına gelene kadar, anneleri depresyon yaşamayan çocuklara göre daha fazla majör depresyon ya da distimi yaşadıklarını göstermiştir. Ayrıca, annelerinde depresyon olan çocuklarda kaygı bozukluklarının da (özellikle fobi, genellenmemiş sosyal fobi) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Anne depresyonuna maruz kalma zamanına bakıldığında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hammen ve arkadaşlarının (2004), anne depresyonunun ailedeki stres değişkenlerini etkilediği ve buna bağlı olarak da depresyonda olan ve olmayan annelerin ergenlik çağındaki çocuklarında görülen psikolojik bozuklukların farklılaştığı denemesinden yola çıkarak yaptıkları bir diğer çalışmada da yukarıda belirtilen çalışmadaki aynı örneklem grubuyla çalışmışlardır. Sonuç olarak, araştırmacılar anne depresyonu ile aile içi çatışma ve yüksek düzeyde diğer çevresel risk faktörleriyle ilişkili stres değişkenlerinin depresyonda olan annelerin çocuklarında görülen depresyonla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu, ancak,

depresyonda olmayan annelerin çocuklarında böyle bir ilişki olmadığını göstermişlerdir.

Frankel ve arkadaşları (1992) yaptıkları bir çalışmada, depresyonda olan ve olmayan annelerin okul öncesi dönemdeki çocuklarının annelerinin üzgün görünüşlerine verdikleri tepkileri değerlendirmişlerdir. Çalışmada, anne depresyonu ve annenin duygusal olarak ulaşılabilirliği ile okul öncesi çocukların empati ifadeleri arasında nasıl bir ilişki olduğuna bakmışlardır. 62 anne ve onların 3 ½ yaşındaki çocuklarıyla çalışan araştırmacılar, anne-çocuk etkileşimini serbest oyun, beslenme, problem çözme ve annenin üzgün görünmesi olarak dört görev aşamasında ele almışlardır. Sonuç olarak depresyonda olan annelerin çocuklarının da en az depresyonda olmayan annelerin çocukları kadar empati sergilediklerini saptamışlardır.

Anne depresyonu ve çocuktaki davranış problemleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Beck (1999), 33 araştırma üzerinde bir meta-analiz yapmıştır. Meta-analiz sonuçları, anneleri depresyonda olan 1-18 yaş arasındaki çocukların anneleri depresyonda olmayan çocuklara göre davranım bozukluğuna ilişkin davranışsal problemleri daha fazla gösterdiklerini ortaya koymuştur.

Cohen ve ark. (2005), İngiltere Çevresel Risk (E-Risk Study) çalışmasından sağlanan verileri kullanarak yaptıkları bir çalışmada 5-7 yaşları arasındaki 1116 ikizi ele almışlardır. Anne depresyonu ve çocuklardaki antisosyal davranışlar arasındaki ilişkiyi çevresel değişkenlere bağlı olarak değerlendiren araştırmacılar, ilk kez

çocuklar 5 yaşındayken ve ikinci kez de çocuklar 7 yaşındayken veri toplamışlardır. Veri toplama sürecinde, hem annelerden hem de öğretmenlerden bilgi alınmıştır. Annelerin 317'si ikizleri beş yaşına gelene kadar olan zaman diliminde en az bir kez depresyon geçirmişlerdir. Araştırmaya dahil olan annelerin 728'i hiç depresyona girmemiştir, 68'i ikizlerin doğumundan önce, 193'ü ikizlerin doğumundan sonra ve 124'ü hem doğumdan önce hem de doğumdan sonra depresyon yaşamışlardır. Yapılan analizler sonucunda, ilk kez doğum sonrasında, ikizler 5 yaşına gelene kadar, depresyon geçiren annelerin çocuklarının, anne ve öğretmen değerlendirmeleri doğrultusunda, 7 yaşına geldiklerinde anti-sosyal davranış düzeylerinin anlamlı derecede arttığı görülmüştür. Bunun üzerine, annedeki anti-sosyal kişilik bozukluğuna ilişkin belirtilerle anne depresyonunun çocuktaki anti-sosyal davranış düzeyini öngörmeye yönelik açıklayıcılığı incelenmiştir. Sonuç olarak, çocuk 5 yaşına gelene kadar annenin geçirmiş olduğu depresyonun çocuktaki anti-sosyal davranışlar ve davranım problemlerine yönelik olarak, annedeki anti-sosyal kişilik bozukluğu belirtilerinin çok ötesinde, başat bir etken olduğunu bulmuşlardır.

Luoma ve ark. (2004), yaptıkları uzunlamasına bir araştırmada ilk kez anne olacak 119 anne adayı ile çalışmışlardır. Çalışmanın birincil amacı, annenin depresyon belirtilerinin gebelik döneminde ve doğum sonrasında annenin bebekle ilgili beklentilerini ve algılarını etkileyip etkilemediğini göstermektir. İkincil amacı ise, annede gerek gebelik döneminde gerekse doğum sonrasında yıllar içinde (10 yıl boyunca) varolan depresyon belirtiler ile çocuktaki davranışsal ve duygusal sorunlar arasında bir ilişki olup olmadığını göstermektir. Çalışmanın ilk aşamasında, annelerden, hamileliklerinin son aylarında, doğum sonrası ilk ayda, ikinci ayda ve

altıncı ayda depresyonla ve çocuklarla ilgili bilgi almışlardır. İzlemin ikinci ve üçüncü aşamalarında ise çocuklar 4-5 yaşlarındayken ve 8-9 yaşlarındayken annelerden yine depresyonları ve çocukları ile ilgili bilgi alınmıştır. Çalışma boyunca alınan veriler doğrultusunda 119 annenin %9'u gebelik sırasında, %6'sı doğum sonrasında, %8'i çocuk 4-5 yaşlarındayken ve %6'sı da çocuk 8-9 yaşlarındayken depresyon belirtilerini göstermektedir. Yapılan analizler sonucunda, gebelik sırasındaki depresyon belirtilerinin, annenin, doğum sonrasında bebekle ilgili olumsuz beklentilerinin sorunları algılamalarını anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca, yine çocuk 4-5 yaşlarındayken depresyon belirtileri olan annelerin çocuklarında sorun davranışlar görülmüş ve bu çocukların 8-9 yaşlarındaki sorun düzeylerine ilişkin de benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ensminger ve ark. (2003), Woodlawn çalışmasının verilerinden yararlanarak annesi depresyonda olan çocukları 6 yaşından 32 yaşına kadar olan dönemde izlemişlerdir. Çocuklar birinci sınıfta, ergenlik döneminde ve yetişkinlik döneminde olmak üzere üç farklı zamanda annelerden ve çocuklardan veriler toplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda çocukluk ve ergenlik döneminde anneleri depresyonda olan kız çocuklarında, depresyonda olmayan kızlara göre 2,5 kez daha fazla majör depresyon saptanmıştır. Çocukluk ve ergenlik döneminde anneleri depresyonda olan erkek çocukların ise anneleri depresyonda olmayan erkek çocuklara göre akademik başarılarının daha düşük olduğu ve okuldan ayrılma risklerinin iki kez daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca, anneleri depresyonda olan kızlarda depresyonun erkeklere göre ve erkeklerde de akademik başarının ve okuldan ayrılma risklerinin kızlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Wright ve ark. (2000), bebeklik ya da ilk çocukluk döneminde anneleri depresyon geçiren 5-8 yaş arasındaki 29 çocuğun (15 kız ve 14 erkek), annelerinden ve öğretmenlerinden bilgi toplamışlar ve bu dönemlerde anneleri depresyon geçirmeyen benzer sayıdaki çocuğun annelerinden ve öğretmenlerinden topladıkları bilgilerle karşılaştırmışlardır. Yaptıkları analizler sonucunda, öğretmen bildirimlerine göre, üç aylıktan üç yaşa kadar annelerinin depresyonuna maruz kalan çocukların bu dönemlerde annelerinin depresyonuna maruz kalmayan çocuklara göre uyum ve davranış problemlerinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Özellikle, antisosyal ve agresif davranışların daha fazla olduğunu; akademik başarılarının da daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Anne bildirimlerine göre de depresyon geçiren annelerin çocuklarının uyum problemlerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ve bu bulguların öğretmen bildirimleriyle paralellik gösterdiğini saptamışlardır. Ancak, öğretmenlere göre depresyonda olan annelerin çocuklarında davranış problemleri anlamlı düzeyde yüksek olmasına karşın annelerden elde edilen bilgilere göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Herwig ve arkadaşları (2004), annelerin depresyonu, paylaşımcılığı, sosyal desteği ve ebeveynliği gibi faktörlerin çocuklarda içyönelim ve dışyönelim davranış problemlerinin düzeylerini öngörmedeki önemini araştırmışlardır. Almanya'da uygulanan bir anne-çocuk rehabilitasyon programına katılan 100 anne ve onların 53'ü kız 47'si erkek birer çocuğu araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya dahil olan annelerin yaşları 24-47 arasında değişirken yaş ortalamaları 34,5'tir. Çocukların yaşları da 4-11 arasında değişmiştir ve yaş ortalaması 7,1'dir.

Araştırma bulguları, çocuklardaki davranış problemlerini öngörmeye en etkili olan değişkenlerin annenin ebeveynlik görev ve sorumluluklarını yerine getirme ve çocuklarla paylaşımcılık olduğunu göstermiştir. Ebeveynlik görev ve sorumluluklarını yerine getirmede sıkıntıları daha fazla ve paylaşımcılığı daha az olan anneler, çocuklarında daha fazla davranış problemi bildirmiştir. Buna karşın depresyonun ve sosyal desteğin çocuklardaki davranış problemleri üzerinde dolaylı bir etkisi olduğu belirtilmiştir.

Baumann ve ark. (2004), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı ile izlenen 4-12 yaş arasındaki erkek çocuklar (N=118, M=8,12) ve anneleri ile yaptıkları bir çalışmada, annelerin depresyonla ilişkili duygu durumları ile çocukların DEHB arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmacılar, çalışmaya dahil edilen 118 anneden (M=35,8) 44'ünün klinik olarak depresyon tanısı aldığını ve kalan 74'ünün de depresyona ilişkin bir dizi belirti sergilediğini, ancak bu belirtilerin tanı düzeyinde olmadığını belirtmişlerdir. Analizler sonucunda anne bildirimleri doğrultusunda çocukların içe yönelim ve dışa yönelim belirtileri ile annelerin depresyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak, çocukların paylaşımcı davranışları ile annelerin depresyonları ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tebes ve ark. (2001) ise, ciddi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olup (%57.1'i majör depresyon, %16.4'ü bipolar, %12.4'ü şizofreni/şizoafektif, %10.2'si anksiyöz ve %4'ü borderline kişilik bozukluğu) yaşları da 21-62 arasında değişen (M=37.7) 177 anne ve bu annelerin yaşları 2-17 (M=10.2) arasında değişen çocuklarıyla

çalışmışlardır. Araştırmacılar yaptıkları çalışmada, bu çocukların uyum becerilerinin annelerin psikolojik rahatsızlığına ek olarak diğer psikososyal risk faktörlerinden nasıl etkilendiğini incelemişlerdir. İncelemeye aldıkları psikososyal risk faktörleri, ailenin mali kaynakları, sosyal ağları, ebeveynlik performansında azalma, aile stresinde artış ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde bozulmadır. Sonuçlar, çocuklarda uyumun belirleyicisi olarak ailenin psikososyal süreçlerinin ebeveyn psikopatolojisine göre daha tutarlı ve güçlü olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, sonuçlar, bu çocuklar için, uyumun en büyük belirleyicisinin ebeveynlik performansı ve en düşük boyutların ise ebeveyn-çocuk ilişkisi ve aile stresi olduğunu göstermiştir.

Weissman ve arkadaşları, anne-babalardaki depresyonun çocuklardaki psikopatoloji riskini arttırdığı varsayımından yola çıkan uzunlamasına bir çalışma yapmışlardır. Araştırmanın ilk aşamasında (1986, 1990), ebeveynlerden biri ya da her ikisi depresyonda olan 91 aile ve bu ailelerin yaşları 6-23 arasında değişen 220 çocuğu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Yapılan ilk değerlendirmelerde, ebeveynlerinden biri ya da her ikisi depresyon tanısı alan çocukların anne-babası depresyon tanısı almayan çocuklara göre depresyon, kaygı bozuklukları ve genel işlevsellik düzeyleri yönünden daha fazla risk altında oldukları bulunmuştur.

Weisman ve ark. (1991, 1992, 1992), ikinci aşamada ise iki yıl sonra aynı katılımcıları tekrar değerlendirmiş ve iki grup arasındaki farkın daha da belirginleştiği görülmüştür. Depresyon tanısı alan ebeveynlerin depresyonda oldukları dönemlerin arttığını, depresyonun tekrarlanma oranlarının yüksek olduğunu

ve iyileşmenin daha yavaş olduğunu belirtmişlerdir. Depresyon tanısı almayan ebeveynlerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında sadece depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocukların ergenlik dönemi öncesinde herhangi bir psikolojik rahatsızlık nedeniyle tanı aldıkları ve tanı almada cinsiyet farklılığı olmadığı saptanmıştır. Depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocukları değerlendirildiğinde ise, ergenlikle beraber kızların erkeklere göre depresyon tanısı alma oranlarının belirgin bir biçimde arttığını ve bu oranın 15-25 yaşları arasında en yüksek düzeyde olduğunu saptamışlardır.

Çalışmanın üçüncü aşamasında (1997), ilk iki çalışmaya katılan 91 aile ve onların çalışmaya katılmayı kabul eden 182 çocuğu ile çalışılmıştır. Çalışmanın bu aşamasında, çocukların yaşları 17-36 yaş arasında değişmiştir. Depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocukları ile ebeveynleri hiç depresyon tanısı alamayan çocuklar karşılaştırıldığında, depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocuklarında depresyon oranının arttığı bulunmuştur. Ayrıca fobiler (yaklaşık 3 katı kadar), panik bozukluk, alkol bağımlılığı (5 kat fazla) ve yüksek düzeyde sosyal uyum sorunları olduğu görülmüştür. Depresyonun en yüksek olduğu yaş aralığı 15-20 iken, kaygı bozuklukları da, özellikle kızlarda, daha erken yaşlarda başlamaktadır. Alkol bağımlılığının ise ergenlik döneminde ve 25 yaş sonrasında daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresyon tanısı alan ve almayan annelerin çocukları karşılaştırıldığında alkol bağımlılığının erkeklerde kızlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Uzun dönemde, depresyon tanısı alan ebeveynlerin depresyon tanısı alan çocuklarının ebeveynleri depresyonda olmayanlara göre daha ağır depresyon yaşadıkları görülmüştür. Sonuç olarak, depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocukları

çocukluk dönemi kaygı bozuklukları ve depresyonu için yüksek bir grubu oluşturmaktadır.

Araştırmanın son aşamasında ise (1999, 2005, 2005), depresyon tanısı alan büyük ebeveynler (ilk çalışmalardaki ebeveynler), ebeveynler (ilk çalışmalardaki ebeveynlerin çocukları) ve 5 yaşından büyük olan çocuklar (ilk çalışmalardaki ebeveynlerin torunları) (N=161) ele alınmıştır. Sonuç olarak, ebeveynlerdeki depresyon ve çocuklardaki tanılar arasındaki ilişkinin büyük ebeveynlerin depresyon durumuyla bağlantılı olduğu görülmüştür. Ebeveynlerinde ve büyük ebeveynlerinde depresyon olan çocuklarda psikopatoloji oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özellikle, kaygı bozukluklarının küçük çocuklarda psikopatolojinin ilk görünümü olduğu belirtilmiştir.

I. 3. 2. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocukları ile İlgili Türkiye’de Yapılan Araştırmalar

Depresyon tanısı alan anneler ve çocukları ile ilgili Türkiye’de yapılan araştırmalar, daha önce de belirtildiği gibi gerek kapsam gerekse miktar olarak sınırlıdır. Burada bu çalışmalardan bazılarına yer verilmektedir.

Ruhsal bir bozukluğu olan annelerin çocuklarının ruhsal gelişimlerinin değerlendirildiği en ayrıntılı çalışmalardan biri Akçakın (1983) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışma örneklemini çocuk psikiyatrisi kliniğine getirilen 20 anne-baba ve 10’u kız 10’u erkek 20 çocuk, erişkin psikiyatrisine başvuran 20

nevrotik anne, eşleri ve 20 çocuk, yetişkin psikiyatrisine başvuran 20 psikotik anne, eşleri ve 20 çocuk ile hiç psikiyatri kliniğine başvurmamış 20 anne-baba ve 20 çocuk oluşturmuştur. Çocukların yaşları 6-11 arasında değişirken kızların yaş ortalaması 8.4 ve erkeklerin yaş ortalaması 9'dur. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, nevrotik annelerin çocuklarının hem psikotik annelerin hem de psikiyatri kliniğine başvurmayan annelerin çocuklarına göre daha fazla psikiyatrik belirti gösterdikleri saptanmıştır. Çocuk psikiyatrisine başvuran çocuklar ile nevrotik annelerin çocuklarının psikiyatrik belirtileri arasında anlamlı bir fark bulunmazken; bu gruptaki çocukların psikiyatrik belirtilerinin diğer iki gruptaki çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra nevrotik annelerin çocuklarının belirti sayılarının çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran çocuklarınkine yakın olduğu da belirtilmiştir.

Gökler (1985) de, nevrotik kadın hastaların ilkokul çağındaki çocuklarını ruhsal belirtiler yönünden değerlendirdiği bir çalışmada, nevrotik annelerin çocuklarının kontrol grubundaki annelerin çocuklarına göre anlamlı olarak daha fazla ruhsal belirti gösterdiğini saptamıştır. Nevrotik annelerin çocukları, alınganlık, kuşkuculuk, korkaklık, inatçılık, sinirlilik, tedirginlik ve yatak ıslatma gibi belirtileri daha fazla göstermişlerdir. Olumlu belirtiler olarak ele alınan, ders dışı merak ve ilgi, kendi kendine yeterlik, işbirlikçilik ve yetişkinlerle olumlu ilişkiler kurma gibi koruyucu faktörler açısından ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir.

Öç ve arkadaşları (2003) da, ruhsal hastalığı olan anne ve babaların yaş ortalaması 11.6 olan 8-14 yaşları arasındaki çocuklarının ruhsal durumlarını incelemişlerdir. Çalışmaya katılan çocukların %86'sının annesi, %14'ünün ise babası ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Anne babaların aldığı tanılar, majör depresyon (MDB) (%44), anksiyete bozuklukları (%38) ve psikotik bozukluklar (%18) olarak sıralanmıştır. Çocukların %34'ünde herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmazken, %26'sına yıkıcı davranış bozukluğu (YDB), %16'sına anksiyete bozuklukları, %14'üne MDB tanısı konmuştur. MDB ve anksiyete bozukluğu tanısı alan anne ve babaların çocuklarında YDB ve psikotik anne babaların çocuklarında ise MDB ve anksiyete bozuklukları en fazla saptanan tanılar olmuştur. Sonuç olarak, elde edilen bulgular, ruhsal bozukluğu olan anne babaların çocuklarında ruhsal bozuklukların sık görüldüğünü desteklemektedir.

Elçi ve arkadaşları (2003), okul reddi olan anksiyöz çocuklar ve annelerinde gözlenen psikiyatrik belirtiler üzerine yaptıkları bir çalışmada yaşları 5,5-15 arasında değişen 5 kız ve 2 erkekten oluşan 7 çocuk, bu çocukların anneleri ve gönüllü olan babalar ile çalışmışlardır. Bu 7 çocuğun annelerinin 6'sında duygu durum bozukluğu ve/veya anksiyete bozukluğu öyküsü ya da tanısı mevcuttu. Çalışmaya katılan 4 babadan birinde karışık anksiyete ve majör depresyon vardı. Yapılan değerlendirme sonucunda, 6 çocukta ayrılık anksiyetesi, 1 çocukta sosyal fobi, belirti şiddeti ağır olan 3 çocuğun birinde yaygın anksiyete bozukluğu, ikincisinde somatizasyon bozukluğu ve üçüncüsünde majör depresyonun eşlik ettiği saptanmıştır. Sonuç olarak, anksiyöz çocukların, özellikle anneleri olmak üzere ebeveynlerinde, psikiyatrik patoloji dağılımının yüksek olduğu düşünülmüştür.

Toros ve arkadaşları (2003), çocuk ve ergenlerde intihar girişiminde rol oynayan ailesel risk faktörlerini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada yaşları 14-16 arasında olan 4143 ergenden oluşan bir örnekleme çalışmışlardır. Örneklem grubunu intihar girişimi olan 40 erkek ve 40 kız (yaş ortalaması 15.13) ve intihar girişimi olmayanlar (yaş ortalaması 14,53) olarak ikiye ayrıldıktan sonra analizler yapan araştırmacılar, intihar girişimi olan grubun “Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği” puanlarını diğer gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulmuşlardır. Ailesel risk faktörlerini incelediklerinde ise 20 ailesel risk faktörü arasında annede ruhsal hastalık varlığının, çocuğun anne-baba ile sorun yaşaması, erkek kardeşte ruhsal hastalık varlığı, çocuğun akrabalarında intihar girişimi ve çocuktan tanı konmuş ruhsal hastalık varlığının ardından 5. sırada geldiğini bulmuşlardır. Araştırma bulgularına göre, babadaki ruhsal hastalık varlığı ise 8. sırada yer almaktaydı.

Annedeki süreğen depresyonun çocuktaki kaygı ve depresyon düzeylerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, psikiyatri polikliniğinde en az bir yıldır izlenen ve DSM-IV’e göre distimik bozukluk tanısı alan 44 kadın hastanın 8-17 yaşları arasındaki çocukları (n=79) ve kontrol grubu olarak da organik ve ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye başvurmayan annelerin (n=45) çocukları (n=75) ile çalışılmıştır (Aslan ve ark., 1998). Çalışmada “Kovacs Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)”, “Çocuklar İçin Durumluk (ÇDKE) ve Sürekli (ÇSKE) Kaygı Envanteri” kullanılmıştır. Sonuçta distimik bozukluk tanısı alan annelerin çocuklarının ÇDÖ ve ÇDKE puanları kontrol grubundan belirgin olarak yüksek bulunmuştur. ÇDÖ puanları ile ÇDKE ve ÇSKE puanları arasında pozitif korelasyon vardır. Örneklem,

çocuk (8-11 yaş) ve ergen (12-17 yaş) olarak ayrılıp değerlendirildiğinde, distimik bozukluk tanısı olan ve kontrol grubu annelerin çocuklarında yalnızca ÇDKE puanları, ergenlerde ise ÇDÖ, ÇDKE ve ÇSKE puanları farklılık göstermiştir. Bu çalışmanın sonuçları süregelen depresyonu olan annelerin çocuklarında kontrol grubuna göre depresyon ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

I. 3. 3. Depresyon Tanısı Alan Anneler ve Çocuklarına Yönelik Koruma ve Müdahale İçerikli Araştırmalar

Depresyonda olan anneler ve çocukları üzerine Gartstein ve Sheeber (2004) yaptıkları bir çalışmada konuya farklı bir yönden yaklaşarak, anne depresyonunun çocuğu etkilediği kadar çocuktaki olumsuz davranış örüntülerinin de annenin depresyonu üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu konusunu ele almışlardır. Araştırmacılar, yaşları 22-46 arasında değişen ve yaş ortalaması 34 olan 69 anne ve onların yaş ortalaması 4.2 olan 3-6 yaş arasındaki çocuklarıyla çalışmışlardır. Katılımcılar, zor mizaçlı çocukları olan ebeveynlere yönelik hazırlanan iki aktivite grubu (mizaç odaklı ebeveyn eğitimi ve ebeveyn desteği olarak isimlendirilen iki farklı ebeveynlik programı) ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba rastlantısal bir şekilde dağıtılmışlardır. Aktivite gruplarında yer alan annelerden, program öncesinde, program sonrasında, programdan 6 ay ve bir yıl sonra olmak üzere dört kez bilgi alınmıştır. Annelere çocukların olumsuz davranışlarını olumluya çevirme doğrultusunda verilen eğitimler ve annelerin aldıkları bilgileri uygulamaya koyma dereceleriyle ilişkili biçimde çocukların davranışlarının olumluya dönmesiyle orantılı olarak anne depresyonunun şiddetinin de azaldığı bulunmuştur. Dolayısıyla, anne

depresyonunun çocuğu olumsuz yönde etkileyebilmesinin yanında çocuğun zor mizaçlı olmasının ve sergilediği olumsuz davranış örüntülerinin de anne depresyonunu olumsuz yönde etkileyebileceği görölmüştür. Ayrıca, anne depresyonuna maruz kalan gerek zor mizaçlı olsun gerekse anne depresyonuna bağlı olarak çeşitli zorluklar yaşıyan çocuklar olsun, bu çocukların annelerine sadece ebeveynlik programlarının verilmesinin bile çocukların korunmasına yönelik önemli bir girişim olduğu belirtilmiştir.

Depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocuklarının ebeveynlerinin depresyonundan etkilenme düzeylerini azaltmak amacıyla hazırlanan az sayıdaki koruyucu-önleyici müdahale programları içinde en bilinenlerinden biri de Beardslee Aile Müdahalesi'dir. Bu program uzun süreli araştırmalar sonucunda oluşturulmuş ve katılımcılar yıllar içinde izlenmiştir. Çalışmanın ilk aşamasında (Beardslee ve ark., 1993; Beardslee ve ark., 1997) 8-15 yaşları arasında çocuğu olan ve ebeveynlerin en az birinde duygu durumu bozukluğu olan ailelerle 1,5 yıl boyunca çalışılmıştır. Aileler, danışman destekli ve konferans tarzı olarak isimlendirilen iki programa rastlantısal biçimde dağıtılmıştır. Her iki program içerikleri aynı olmasına karşın, çocuğun sürece dahil olması ve verilen bilgilerin ailelerin yaşantılarıyla ilişkilendirilme derecesi açısından farklılaşmıştır. 19 aile, danışman desteğinde 6-10 görüşme ile izlenirken; 18 aile de sadece ebeveynlerin katıldığı iki oturumdan oluşan konferans tarzı müdahaleye katılmıştır. Aile üyeleri ile hem müdahale öncesinde hem de müdahale sonrasında tanısız değerlendirmeler yapılmış ve yarı yapılandırılmış bir görüşme modeli ile programın etkililiğine yönelik bilgi alınmıştır. Yapılan ilk değerlendirmelerde çocukların gösterdikleri duygusal ve davranışsal sorunların

azaldığı, ebeveyn depresyonunu anlamlandırma düzeylerinin geliştiği görülmüştür. Ayrıca ebeveynlerin depresyon yaşantılarıyla ilgili farkındalık düzeylerinde de gelişme görülmüştür. Müdahalenin hemen ardından yapılan değerlendirmelerde danışman desteğinde yapılan müdahale ile konferans tarzı müdahale arasında fark bulunmasına karşın bu fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Ancak, müdahale yapıldıktan 8 ay sonra katılımcılardan müdahalenin hemen sonrasında alınan bilgiler bir kez daha alındığında uzun dönemde danışman desteğinde yapılan müdahalenin konferans tarzı müdahaleye göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Beardslee ve ark., 1997).

Beardslee ve ark. (1995), danışman destekli yapılan ve konferans tarzında olan iki müdahale programının uzun süreli etkilerini araştırdıkları bir başka çalışmada da 26 aile ve bu ailelerin 8-14 yaşlarındaki çocukları ile çalışmışlardır. Önceki çalışmalarından farklı olarak her iki müdahale grubundaki ailelere çeşitli broşürler ve kitapçıklar da vermişlerdir. Danışman desteğinde yapılan müdahale programında anne-baba, anne-baba ve çocuklarla yapılan oturumların yanı sıra her aile üyesiyle bireysel oturumlar yapılmış; müdahale süreci 6-11 görüşmede tamamlanmıştır. Konferans tarzı müdahale programında ise çocuklar olmadan sadece ebeveynlerle iki görüşme yapılmıştır. Müdahale öncesinde ve sonrasında yapılan değerlendirmelerin ardından müdahaleden 3-6 hafta sonra, 9-12 ay sonra ve 2 yıl sonra olmak üzere üç kez daha izleme değerlendirmesi yapmışlardır. Müdahale öncesinde yapılan ilk değerlendirmelerden itibaren aileler yaklaşık üç yıl boyunca izlenmişlerdir. Yapılan analizler sonucunda her iki müdahale programının da aile üyelerinin davranış ve tutumlarında olumlu değişiklikler oluşturduğu görülmüştür.

Ancak, müdahale programları karşılaştırıldığında danışman desteğinde yapılan müdahalenin daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmacılar, bulgularının, bilişsel bilgilerin ailelerin kendi yaşantılarıyla ilişkilendirildiğinde uzun dönemde daha kalıcı değişiklikler oluşturduğu deneşesini desteklediğini belirtmişlerdir.

Beardslee ve ark. (2003), iki müdahale programının etkililiğini ele aldıkları bir başka çalışmada ise 93 aile ve bu ailelerin yaşları 8-15 arasında değişen 121 çocuğı ile çalışmışlardır. Aileler konferans tarzı ve danışman destekli müdahale programlarından birine rastlantısal olarak dağıtılmıştır. Konferans tarzı müdahale çocukların katılmadığı, grup formatında yapılan iki ayrı oturumdan oluşmuştur. Uzman destekli müdahale ise, 6-11 oturumda tamamlanmış, ebeveynler ve çocuklarla yapılan ayrı ayrı görüşmeler ve bir aile oturumundan oluşmuştur. Yapılan bu oturumlarda, hastalığın tartışılması ve çocuklarda sağlıklı işlevselliğı oluşturacak olumlu adımlar ele alınmıştır. Müdahalelerden sonra 6-9 ay boyunca telefon görüşmeleriyle ya da yapılan destekleyici oturumlarla izleme sürdürülmüştür. Her iki koşulda da, duygu durum bozuklukları, risk ve dayanıklılıkla ilgili okuma malzemeleri sunulmuş ve çocukların suçluluk duyguları azaltılmaya çalışılmıştır. Aileler çocuklarının dayanıklılığını artırmaya yardımcı olmak üzere neler yapabilecekleri konusunda bilgilendirilmiştir. Danışman destekli müdahale programında, ayrıca, aileye sunulan psiko-eğitimsel malzemelerle ailenin kendi yaşantıları arasında ilişkilendirme yapılmıştır. Müdahalelerle birlikte ailelerin hayatlarının nasıl değiştiğini değerlendirebilmek için her aile üyesi psikopatolojik boyutta ve genel işlevsellikleri doğrultusunda müdahale içeriğı de göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler müdahalenin hemen ardından, bir yıl

sonrasında ve 2.5 yıl sonrasında yapılmıştır. Sonuç olarak her iki programda yer alan ebeveynler çocuklarıyla ilişkili davranış ve tutumlarında değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir. Özellikle bu değişim bir yıl sonra ve 2.5 yıl sonra yapılan değerlendirmelerde daha net biçimde görülmüştür. İki müdahale programı karşılaştırıldığında danışman destekli programı alan ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkili davranış ve tutumlarında konferans tarzı müdahaleyi alan ebeveynlere göre daha fazla olumlu değişiklik olduğu bulunmuştur. Her iki programda yer alan ebeveynlerin çocuklarının hastalığı anlamaları müdahale programıyla birlikte artmıştır. Çocukların ebeveynlerinin rahatsızlığını anlamaları ile ilişkili olarak davranış ve tutumlarında değişiklik olmuştur. Ebeveynlerin programa olumlu tepki vermeleriyle ilişkili olarak çocukların olumlu yönde gelişimleri yükselmiştir. Çocukların içyönelim puanlarının da müdahaleyi izleyen süreçte azalma olduğu elde edilen bulgular arasındadır.

Beardslee ve ark. (1998b), programa katılan ve programı tamamlayan ilk 12 aileden müdahalede davranış ve tutumlarda olumlu değişmelere yardımcı olduğu belirtilen iyileştirici ilkeleri bir form üzerinde değerlendirmelerini istemişlerdir. Sonuç olarak müdahalenin iyileşmeye yardımcı olan bileşenlerinin depresyonu anlama, utanç ve suçluluğun azalması, bakış açısı edinme kapasitesinde artış ve kişinin kendi yeterliğine ilişkin ümit verici bir perspektif ve inanç geliştirmesi olduğunu saptamışlardır. Terapötik etki, bilişsel bilgi ile ilişkilendirilerek ve depresyonun aile üyelerinin bireysel ve ortak yaşantılarının bir gerçeği biçiminde bir hastalık olarak anlaşılabilceği halinde sunulduğu süreçte yavaş yavaş gelişmektedir.

Böylece aileler, zamanla onlara daha da yarar sağlayan hastalığa ilişkin ortak bir anlayış geliştirmişlerdir.

Solantaus ve ark. (2004), psikolojik olarak hasta anne-babaların olduğu ailelerde anne-babalık görev ve sorumluluklarını yerine getirmelerine ve çocukların gelişimine destek olmak amacıyla, “Beardslee Aile Müdahalesi Programını” İşleyen Aile Programı” (Efficient Family Programme) olarak isimlendirerek Finlandiya toplumuna uyarlamışlardır. Konferans tarzı müdahaleyi “Çocuklarımız Hakkında Konuşalım Müdahalesi” olarak isimlendirmişler ve danışman desteğinde yapılan müdahalenin ismini de “Beardslee Aile Müdahalesi” olarak belirlemişlerdir. Bu iki programın etkililiğini araştırmak için Finlandiya genelindeki 15 sağlık merkezinde depresyon tanısı alan en az bir ebeveynin olduğu 180 aileyi rastlantısal bir şekilde iki müdahale programından birine almışlardır. Depresyon tanısı alan ve Beardslee aile müdahalesi programını tamamlayan ilk 14 hastadan alınan bilgiler sonucunda, hastaların çoğunda kendini kabul, çocukları ve ailesiyle ilişkili suçluluk duyma, utanç duyma, haksızlığa uğradığı duygusu, kendini iyi görme, anne-babalık görev ve sorumluluklarını yerine getirdiğine ve bu konudaki yeterliliğine güvenme noktalarında olumlu değişimler olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, eşini ve çocuklarını anlama, eşiyile ve çocuklarıyla rahatsızlığı hakkında konuşma, çocuklarına dikkatini verme, çocuklarını ev dışında aktiviteler ya da ilişkiler için desteklemede de olumlu değişimler olduğunu ve kendilerinin, çocuklarının ya da ailelerinin geleceğine ilişkin güvenlerinde artış olduğu belirtilmiştir.

I. 4. ARAŞTIRMANIN AMACI VE CEVAP ARANAN SORULAR

Depresyon, sadece bu tanıyı alan kişiyi değil onunla birlikte yaşayan diğer bireyleri de derinden etkilemektedir. Ailede depresyon tanısı alan bir bireyin olması tüm aile dinamiklerini sarsmakta ve ailenin normal yaşantı süreci sekteye uğramaktadır. Depresyon tanısı alan bir ebeveyn, özellikle de bir anne, söz konusu olduğunda ise, aile için koşullar daha güç bir hal almaktadır. Bir annenin toplumsal rol kalıpları düşünüldüğünde, annenin depresyona girmesiyle birlikte, aileyi ayakta tutan bel kemiğinin zarar gördüğünü belirtmek yanlış olmayacaktır. Kimi aileler geçmişte yaşadıkları zorluklardan edindikleri olumlu problem çözme ve başa çıkma becerilerini kullanarak bu süreci atlatabilmektedirler. Ancak, kimi aileler de bu anlamda başarısız olmakta ve sonuç ailenin dağılmasına kadar gidebilmektedir. Bu nedenle, annenin depresyon tanısıyla tedavi gördüğü süreç içinde ailenin, özellikle de çocukların, bu zor durumdan zarar görmeden ya da mümkün olduğunca az zararla çıkabilmesi için ailenin bütünlüğünü koruyacak ve başta çocuklar olmak üzere tüm aileyi güçlendirecek bir müdahale almaları yerinde olacaktır (Beardslee ve ark., 1993; Beardslee ve ark., 1995; Beardslee ve ark., 1997; Goodman ve Gotlib, 1999; Beardslee ve ark., 2003). Anne depresyonunun çocuklar üzerinde oluşturabileceği etkiyi azaltmaya yönelik olarak, az sayıda da olsa, müdahale programları geliştirilmiştir. Ancak, Türkiye’de bu hedef doğrultusunda hazırlanan ve uygulanan bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bu çalışmanın temel hedefi de klinik uygulamadaki bu eksikliği gidermek ve ailelerin depresyonun olumsuz etkilerinden korunmasına yardımcı olmaktır.

Belirtilen bu hedef dahilinde çalışmanın amaçları:

1. Depresyon tanısı alan annelerin, eşlerinin ve 7-18 yaş grubu çocuklarının, diğer bir deyişle tüm ailenin, korunmasına yönelik olarak, “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nı hazırlamak,
2. GATA Psikiyatri kliniğine bir yıl içinde başvuran, depresyon tanısı alan annelere, eşlerine ve 7-18 yaş grubundaki çocuklarına “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nı uygulamak,
3. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın etkisini saptamak için, anne-baba, öğretmen ve çocuklardan elde edilen bilgiler doğrultusunda çocukların yeterlik alanlarının, davranış ve duygusal sorunlarının dağılımını belirlemek,
4. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın depresyon tanısı alan annelerin tutum ve davranışları üzerindeki etkisini belirlemek,
5. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın depresyon tanısı alan annelerin çocukları üzerindeki etkisini belirlemek

Bu çalışmayla birlikte aşağıda belirtilen sorulara cevap aranmaktadır:

1. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının yeterlik alanları ile duygusal ve davranışsal sorunları müdahale öncesinde ve sonrasında nasıl bir dağılım göstermektedir?
2. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının anne depresyonu dışında maruz kaldıkları diğer risk faktörleri nasıl bir dağılım göstermektedir?

3. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarında anne depresyonuyla başa çıkmalarına yardımcı olan ve dayanıklılıklarını artıran koruyucu faktörlerin dağılımı nasıldır?

BÖLÜM II

YÖNTEM

II. 1. ÖRNEKLEM

Bu çalışmanın örneklemini Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne 2004 Kasım-2006 Mart arasında başvuran ve klinik olarak DSM-IV kriterleri doğrultusunda depresyon tanısı alan 15 kadın ve eşleri ile 7-18 yaşları arasındaki çocukları oluşturmuştur. Çalışmada yer alan annelerin yaş aralığı 27-45'tir ($X=37.2\pm 4.9$; $SS=4,92$). Öğrenim durumları incelendiğinde; %26.7'si ilkokul, %20'si ortaokul, %26.7'si lise, %26.6'sı ise üniversite öğrenimine sahiptir. Eşlerinin yaş aralığı ise 29-46'dır ($X=39.5\pm 5.2$; $SS=5,15$). Eşlerinin öğrenim durumları incelendiğinde; %6.7'si ilkokul, %40'ı ortaokul, %46.7'si lise, %6.6'sı ise üniversite mezunudur (Bkz. Tablo. 1).

Ailelerin toplam 30 çocuğu vardır. Çocukların yaş aralığı 3-19 arasındadır ve yaş ortalamaları 11.53'tür. Ailelerin çocuk sayısı değerlendirildiğinde; 2 ailenin 1'er çocuğu varken, 11 ailenin 2'ser çocuğu ve 2 ailenin de 3'er çocuğu bulunmaktadır. Aile başına düşen çocuk sayısı ortalaması 2'dir. Bu çalışmada, 7 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük çocuklar ile organik sorunu ya da zeka sorunu olan çocuklar çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya dahil olan 22 çocuğun 14'ü erkek, 8'i kızdır ve yaşları 7-18 aralığında değişmektedir ($X=13.09$, $SS=3.38$). Erkeklerin yaş aralığı 9-17 ($X=13.36$; $SS=3,10$) ve kızların yaş aralığı ise ($X=12,63$; $SS=3,99$) olarak bulunmuştur. Çocukların eğitim durumlarına bakıldığında, 6 çocuğun (4'ü erkek 2'si

kız) ilköğretim birinci kademedede, 6 çocuğun (3'ü erkek 3'ü kız) ilköğretim ikinci kademedede ve 10 çocuğun (7'si erkek 3'ü kız) ortaöğretimde (lise) olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Anne, Baba ve Çocukların Yaş ve Eğitim Düzeyleri

		N	Minimum	Maximum	Ortalama	SS	
ANNE	Yaş	15	27,00	45,00	37,2000	4,91644	
	Eğitim (eğitim yılı)		5,00	15,00	9,4667	3,44065	
BABA	Yaş	15	29,00	46,00	39,4667	5,15290	
	Eğitim (eğitim yılı)		5,00	15,00	11,8000	2,24245	
ÇOCUKLAR	ERKEK	14	Yaş	9	17	13,3571	3,10353
			Eğitim (eğitim yılı)	3	11	7,6429	2,81772
	KIZ	8	Yaş	7	18	12,6250	3,99777
			Eğitim (eğitim yılı)	2	11	6,7500	3,37004
	TOPLAM	22	Yaş	7	18	13,0909	3,37934
			Eğitim (eğitim yılı)	2	11	7,3182	2,98227

Annelerin %33.3'ü aktif olarak iş yaşamında yer alırken %66.6'sı ev hanımıdır ve yaşamlarında hiç çalışmamışlardır. Ailelerden 13'ünde (%86.67) anne-baba birlikte yaşarken 2'sinde (%13.33) ayrı yaşamaktadır. DSM-IV tanı kriterlerine göre annelerin 3'ü (%20) hafif, 5'i orta (%33.3) ve 7'si (%46.6) majör depresyon tanısı almıştır. Babalardan biri yaklaşık üç yıl önce, DSM-IV tanı kriterlerine göre amnezi tanısıyla takip edilirken biri de bir buçuk yıl önce yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. Müdahale sürecinde yapılan görüşmelerde izlenen bazı belirtilerden yola çıkılarak babalardan üçü ruh sağlığı polikliniğine yönlendirilmiştir. Burada yapılan klinik görüşme sonucunda DSM IV tanı kriterlerine göre babalardan ikisi hafif, biri de orta depresyon tanısı almış ve kendilerine ilaç tedavisi başlanmıştır.

Annelerin %33,3'ünün birinci derecede akrabalarında ya da daha uzak akrabalarında psikiyatrik bir bozukluk öyküsü mevcuttur. Ayrıca, annelerin

%46.6'sının hayatlarında depresyon için bir risk oluşturacak nitelikte kayıp öyküsü bulunmaktadır (1 anne doğumdan iki hafta sonra ve 1 anne de 21 yaşındaki çocuğunu kaybetmiştir, 1 anne boşanmış, 1 anne de eşinden ayrı yaşamakta ve boşanmak üzeredir, 1 anne annesini kaybetmiştir, 1 anne kendi öz ailesi tarafından akrabalarından birine evlat edinilmek üzere verilmiştir, 1 anne de eşinin işi nedeniyle, bazı hafta sonları ya da tatiller dışında 2 yıldır eşinden ayrı yaşamaktadır). Annelerin %80'i yaşamlarının önceki dönemlerinde de depresyon ya da başka bir psikolojik rahatsızlık yaşamış ve bu annelerin %41.7'si daha önce tedavi görmüş ya da tedavileri devam etmektedir. Diğer katılımcı anneler ise ilk kez bir psikolojik rahatsızlık nedeniyle tanı almışlardır ve tedavileri devam etmektedir. Katılımcı annelerin hepsinin tedavileri ilaç tedavisi olarak devam etmekte ve terapötik düzeyde herhangi bir destek almamaktadırlar. Katılımcı annelerin hepsi bir düşüneyi zihinlerinden uzaklaştırmakta güçlük çekmekte ve yoğun umutsuzluk ya da çaresizlik hissi yaşamaktadırlar.

II. 2. İŞLEM

Tez kapsamında konuyla ilgili olarak, "Aileyi Güçlendirici Destek Programı" uygulaması yapılmış ve hem müdahale öncesinde hem de müdahale sonrasında annelere, babalara ve çocuklara 6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18), 11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18) ve 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu (TRF/6-18) ölçekleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde ve sonrasında annelere ve katılmayı kabul eden babalara Erişkinler İçin Yarı Yapılandırılmış

Görüşme Formu, çocuklara da Çocuklar İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu uygulanmıştır. Bu formlar yardımıyla ailelerden alınan bilgilerden yola çıkılarak Risk Faktörleri Formu, Koruyucu Faktörler Formu, Annenin Davranış Değişim Takip Formu, Anne Tutum İzleme Formu ve Çocuklarda Tutum İzleme Formu uygulayıcı tarafından puanlanmıştır. Müdahale öncesi görüşmelerin ardından her aileyle 6 oturumda tamamlanan “Aileyi Güçlendirici Destek Programı” yapılmıştır. Müdahale tamamlandıktan sonra, müdahale sonrası görüşmeler yapılarak uygulama süreci tamamlanmıştır.

II. 3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının müdahale öncesindeki ve sonrasındaki yeterlik düzeyleri ile duygusal ve davranışsal problemleri anne ve babalara 6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18), gençlere 11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18) ve öğretmenlere 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu (TRF/6-18) ölçekleri uygulanarak belirlenmiştir. Öğretmen ölçekleri aileler aracılığıyla kendilerine ulaştırılmıştır. Annenin depresyonun etkisine bağlı olarak çocuklarını değerlendirirken oluşabilecek yanlılık etkisini azaltmak amacıyla babalardan, gençlerden ve öğretmenlerden gibi çoklu bilgi kaynaklarından veri toplanması yoluna gidilmiştir. Çalışmada çocuk ve aile ile ilgili bilgi edinmek amacıyla annelere Sosyo-Demografik Bilgi Formu uygulanmıştır. Müdahale öncesinde ve sonrasında annelerle ve katılmayı kabul eden babalarla yapılan görüşmelerde Yetişkinler İçin Yarı Yapılandırılmış Müdahale Formu; çalışmaya

dahil edilen çocuklarla yapılan görüşmelerde ise Çocuklar İçin Yarı Yapılandırılmış Müdahale Formu uygulanmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen bilgilerden yola çıkılarak, çalışmaya dahil edilen çocuklarda, annenin depresyon tanısı alması dışında, ruh sağlığı açısından risk oluşturabilecek etmenleri belirlemeye yönelik olarak Risk Faktörleri Formu ve sahip oldukları dayanıklılıklarının oluşması ile sürdürülmesine yardımcı olan koruyucu faktörleri belirlemeye yönelik olarak da Koruyucu Faktörler Formu uygulanmıştır. Ayrıca, müdahalenin hedefleri doğrultusunda annenin davranış ve tutumları Anne Davranış Değişim Takip Formu ve Anne Tutum İzleme Formu ile, çocukların tutumları ise Çocuklarda Tutum İzleme Formu ile uygulayıcı tarafından müdahale öncesinde ve sonrasında değerlendirilmiştir.

II. 3. 1. “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”

Bu form, ailelere ve çocuklara ilişkin sosyo-demografik bilgileri elde edebilmek üzere geliştirilmiş ve anneler tarafından doldurulmuştur. Çocukların genel gelişimsel bilgileri yanı sıra önemli bir fiziksel rahatsızlıklarının olup olmadığı, okul başarı durumları, akran ilişkileri gibi konularda bilgi alınmıştır. Öte yandan, yakın akrabaların kronik hastalıkları, psikiyatrik sorunları, intihar girişimi gibi sorunlar ile ilgili bilgi edinmiştir (Ek. 1).

II. 3. 2. “6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği” (Child Behavior Checklist For Ages 6-18-CBCL/6-18):

Bu ölçek 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin sorun davranışlarını anne-babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir (Achenbach, 1991a, 2001). Ölçek 118 problem maddesinden oluşmaktadır. Sorun davranışlar son 6 ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılır. Ölçekten “İçe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” olarak iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe Yönelim grubunu “Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon ve Somatik Yakınmalar”, Dışa Yönelim grubunu ise “Kurallara Karşı Gelme ve Saldırgan Davranışlar” alt testlerinin toplamı oluşturmaktadır. Ayrıca, her iki gruba da girmeyen “Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları” da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından “Toplam Problem” puanı elde edilmektedir. Her bir alt testten elde edilen puanlar kız ve erkekler için ayrı olarak hazırlanmış profil kağıtlarına yaş dilimleri dikkate alınarak işaretlenmekte ve o çocuğa özgü bir profil oluşturmaktadır.

CBCL'nin 1991 formu, Türkçe'ye Neşe Erol tarafından çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe test-tekrar test güvenirliği, 50 anneye bir hafta ara ile 2 kez uygulanarak hesaplanmış, korelasyonlar “Toplam Problem”de .84 olarak saptanmış ve korelasyonların yüksek olduğu belirlenmiştir (Erol ve ark. 1995). Ölçeğin iç tutarlılığı, 4488 çocuk ve gencin puanları üzerinden Cronbach alpha katsayısı ile hesaplanmış ve katsayılar; İçe Yönelimde .82, Dışa Yönelimde .81 ve Toplam Probleme .88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yerleşim yeri tipine göre Toplam

Problem Katsayıları ise; il merkezinde .85, ilçede .86 ve köyde .84 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin iç tutarlılığının test tekrar test korelasyonundaki gibi yüksek olduğunu ve ele alınan cinsiyet ve yaş grupları için il, ilçe ve köylerde güvenilir olarak kullanılabilceğini göstermektedir. Faktör analizi bulguları, maddelerin %99'unun ölçülmesi amaçlanan belirtileri anlamlı ($p<.01$), pozitif ve tatmin edici düzeyde ölçtüğünü göstermiştir. Achenbach ve Rescorla'nın (2001) .62 olarak belirttiği standardize edilmiş faktör yüküyle oldukça benzeyen medyan yükü, .60 (ranj=.10-.86) olarak bulunmuştur (Erol ve Şimşek 1998, 2000, Dümenci ve ark., 2004).

II. 3. 3. “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu” (Teacher’s Report Form/ TRF/6-18):

Öğretmen Bilgi Formu, 6-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirmektedir (Achenbach,1991b, Achenbach ve Rescorla, 2001).

Ölçek, CBCL/6-18 ile paralellik göstermekte ve “Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz” gibi 118 problem maddesinden oluşmaktadır. Sorun davranışlar son 6 ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilmektedir. Ölçekten “İçe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” gibi, iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe Yönelim grubunu, “Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon, Somatik Yakınmalar”, Dışa Yönelim grubunu ise “Kurallara Karşı Gelme ve Saldırgan Davranışlar” alt testlerinin toplamı

oluşturmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen “Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları” alt ölçekleri de ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından “Toplam Problem” puanı elde edilmektedir. Her iki bölümden ve her bir alt testten elde edilen puanlar kız ve erkekler için ayrı olarak hazırlanmış profil kağıtlarına yaş dilimleri dikkate alınarak işaretlenmekte ve o çocuğa özgü bir profil oluşturulmaktadır (Achenbach 1991b; Achenbach ve Rescorla, 2001).

Ölçeğin 1991 formu Neşe Erol tarafından 1992 yılında yeniden gözden geçirilmiş ve ölçeğin eski ve yeni formları arasındaki farklılıklar belirlenmiştir.. Daha sonra ölçek bir Türk dilbilimci tarafından incelenmiş ve Türkçe ifadelerde bazı düzeltmeler yapılmıştır. Ölçek bu şekliyle 20 öğretmene uygulanarak alanda uygulama yapılmıştır. Ölçek, 49 öğrencinin öğretmenine 15 gün ara ile 2 kez uygulanarak Türkçe test-tekrar test güvenilirliği hesaplanmış ve korelasyonlar Toplam Problemden .88 olarak saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı, 2340 çocuk ve gencin puanları üzerinden elde edilen Cronbach Alpha katsayısı ile hesaplanmış ve katsayılar; İç Yönelimde .82, Dış Yönelimde .81 ve Toplam Problemden .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yerleşim yeri tipine göre Toplam Problem katsayıları ise; il merkezinde .87, ilçede .87 ve köyde .86 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin iç tutarlılığının test tekrar test korelasyonundaki gibi yüksek olduğunu ve ele alınan cinsiyet ve yaş grupları ile il, ilçe ve köylerde güvenilir olarak kullanıldığını göstermektedir (Erol ve Şimşek 1998, 2000).

II. 3. 4. “11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği” (Youth Self-Report / YSR/11-18):

11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği, bu yaş grubu gençlerin sorun davranışlarını kendi verdikleri bilgiler doğrultusunda standart biçimde değerlendirmektedir. (Achenbach,1991; Achenbach ve Rescorla, 2001). Ölçek, CBCL/6-18'deki sorun davranışlarla ilgili maddelerle paralellik göstermektedir. Ancak, maddeler 1. şahıs olarak yazılmıştır. YSR, 112 problem maddesinden oluşmaktadır. Örneğin; “Dikkatimi toplamakta güçlük çekerim” gibi.

Ölçek, CBCL/6-18 ve Öğretmen Bilgi Formu ile paralellik göstermektedir. 89 problem maddesi her üç ölçekte de ortaktır. Sorun davranışlar son 6 ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılır. Ölçekten, “İçe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” gibi, iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe Yönelim grubunu “Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon ve Somatik Yakınmalar”, Dışa Yönelim grubunu ise “Kurallara Karşı Gelme ve Saldırgan Davranışlar” alt testlerinin toplamı oluşturmaktadır. Ayrıca, her iki gruba da girmeyen “Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları” da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından “Toplam Problem” puanı elde edilmektedir (Achenbach, 1991c; Achenbach ve Rescorla, 2003).

CBCL/4-18 de ayrıntılı çeviri çalışmaları yapıldığı için, YSR'deki yeni maddeler Neşe Erol ve Refia Palabıyıkoglu tarafından ayrı ayrı çevirilmiş, çeviriler

karşılaştırılmış, benzerlik ve farklılıklar gözden geçirilmiştir. Ölçek, 15 gence uygulanarak anlaşılabilirliği test edilmiştir. Ölçeğin test-tekrar-test güvenilirliği bir hafta ara ile 60 gence iki kez uygulanarak hesaplanmış ve korelasyonlar Toplam Problem’de .82 olarak saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı, 2206 gencin puanları üzerinden elde edilen cronbach alpha katsayısı ile hesaplanmış ve katsayılar; İçe Yönelimde .80, Dışa Yönelimde .81 ve Toplam Problemdede .89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin il, ilçe ve köyde iç tutarlılığını belirlemek üzere çocukların puanları üzerinde cronbach alpha katsayıları hesaplanmış ve Toplam Problem il merkezinde .89, ilçede .88 ve köyde .89 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin iç tutarlılığının da test-tekrar-test korelasyonundaki gibi yüksek olduğunu ve ele alınan cinsiyet ve yaş grupları ile il, ilçe ve köylerde güvenilir olarak kullanılabilirdiğini göstermektedir (Erol ve Şimşek 1998, 2000)

II. 3. 5. “Erişkinler İçin Yarı Yapılandırılmış Değerlendirme Formu”

Bu form, Beardslee ve ark. (1996, 1997, 2003) tarafından depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocuklarına yönelik hazırlanan müdahale programı öncesinde ve sonrasında ebeveynlere uygulanmak amacıyla geliştirilmiştir. “Erişkinler İçin Yarı Yapılandırılmış Değerlendirme Formu”, Türkçe’ye Neşe EROL (2004a) tarafından çevrilmiş, kültüre özgü uyarlaması Neşe EROL ve F. Sinem GÖKÇE (2004a) tarafından yapılmıştır. Müdahale öncesi ve sonrası formlar içerik ve yapı bakımından birbirine benzemekle birlikte ifadelerin kullanımı açısından farklılık göstermektedir. Bu formula, müdahale öncesinde, ebeveynlerin depresyona ilişkin bilgi düzeyi, kendilerini, eşlerini ve çocuklarını son zamanlarda nasıl değerlendirdikleri, aile içi iletişimleri ve ilişkileri,

görev ve sorumlulukları, kendilerinin ve çocuklarının başa çıkma yöntemlerinin neler olduğu hakkında ön bilgi almak hedeflenmiştir. Bu form erişkin psikiyatrisinde depresyon tanısı konduktan sonra Bu amaçla şu gibi sorular sorulmaktadır: “Nasılsınız?”, “Son zamanlarda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”, “Eşiniz nasıl?”, “O son zamanlarda kendini nasıl hissediyor?”, “Sizce depresyon nedir?”, “Depresyonla ilgili ne biliyorsunuz?”, “Sizce ne tür şeyler insanlarda depresyona neden olur?”, “Siz ve/veya eşiniz depresyon belirtilerinden hangilerini gösteriyorsunuz?”, “Evliliğiniz sizin ve/veya eşinizin depresyonundan nasıl etkilendi?”, “Eşinizin size ne ölçüde destek oluyor?”, “Son zamanlarda sizce çocuğunuz/çocuklarınız kendini/kendilerini nasıl hissediyor?”, “Sizce siz ve/veya eşinizin depresyonda olması çocuğunuzu/çocuklarınızı nasıl etkiliyor?”, “Sizce bu durum onda/onlarda ne gibi duygular uyandırıyor?”, “Genelde çocuklarınızın bazı zorluklar/güçlükler yaşadığını gösteren işaretleri anlar mısınız?”, “Çocuklarınızın depresyona ait bazı belirtiler gösterebileceğine ilişkin olarak hiç endişeleriniz oldu mu?”, “Çocuğunuz/çocuklarınız, zorluklarla daha iyi baş etmelerine yardım eden özellikleri nelerdir?”, “Çocuğunuzun/çocuklarınızın zorluklar karşılığınca başının çaresine bakabilir mi? “Zorluklar nasıl baş eder?” “Baş edemezse ne yapar?” “Son zamanlarda, annelik görevlerinizi ve evle ilgili sorumluluklarınızı yerine getirmekte ne gibi sıkıntılar yaşıyorsunuz?”, “Görev sorumluluklarınızı yerine getirmek için neler yapıyorsunuz?” gibi. Elde edilen bu bilgiler, müdahale süreci içinde, aile üyelerinin yaşantılarından yola çıkılarak, ailenin hem depresyona hem de depresyonun aile yaşantısına etkisi gibi konulara ilişkin farkındalık kazanmalarında kullanılmaktadır. Erişkinler için yarı yapılandırılmış müdahale formu, anne-babalara ayrı ayrı ve birebir uygulanmaktadır. Anne-babayı tanıma ve müdahaleye yönelik güven ilişkisinin

kurulmasında ilk aşamayı oluşturması açısından önemlidir. Formun, uygulama süresi esnek tutulmakta ve yaklaşık olarak 60-90 dakika arasında sürmektedir.

Erişkinler için yarı yapılandırılmış müdahale formu, müdahale sonrasında uygulandığında ise, anne-babaların yukarıda belirtilen alanlardaki öğrenme ve kendilerini geliştirme düzeyleri ile ilgili bilgi alınması hedeflenmiştir. Formun müdahale sonrasındaki uygulama süresi yaklaşık olarak bir saat sürmektedir.

Beardslee ve arkadaşları (1992; 1996), müdahale öncesinde ve sonrasında uygulanan erişkinler için yarı yapılandırılmış değerlendirme formunun puanlanabilmesi için formun konularını maddeler haline getirmişlerdir. Bu maddeler “Davranış Değişimi İzleme Formu” ve “Tutum Değişimi İzleme Formu” olarak iki form altında toplanmıştır (Ek. 2 ve 3). Davranış değişimi izleme formu, “eşle iletişim düzeyi, aile içi iletişim düzeyi, kullanılan başa çıkma becerileri ve çocuklarla depresyon hakkında konuşma” gibi konuları içeren 8 maddeden oluşmaktadır. Tutum değişimi izleme formu ise, “depresyonu anlama, eşin duygu ve düşüncelerini anlama, eşle duygusal yakınlık düzeyi, suçluluk duygusu düzeyi ve çocukların depresyonu anlaması” gibi konuları içeren 20 maddeden oluşmaktadır. Müdahale öncesinde ve sonrasında değerlendirmeleri yapan uygulayıcı, görüşmelerden elde ettiği bilgileri kullanarak ilgili formlarda davranış ve tutum değişikliklerini puanlamaktadır.

II. 3. 6. “Çocuklar İçin Yarı Yapılandırılmış Değerlendirme Formu”

Bu form, Beardslee ve ark. (1996; 1997; 2003) tarafından depresyon tanısı alan ebeveynlerin çocuklarına yönelik hazırlanan müdahale programı öncesinde ve sonrasında 7 yaş ve üzerindeki çocuklara uygulanmaktadır. Çocuklar İçin Yarı Yapılandırılmış Değerlendirme Formu, Türkçe’ye Neşe EROL (2004b) tarafından çevrilmiş ve kültüre özgü uyarlaması Neşe EROL ve F. Sinem GÖKÇE (2004b) tarafından yapılmıştır. Bu form ile, müdahale öncesinde; “çocukların depresyonla ilgili bilgi düzeyi, depresyonda olan ebeveynlerini ve kendilerini son zamanlarda nasıl değerlendirdikleri, işlevsellikleri, kendilerinin ve ebeveynlerinin başa çıkma yöntemlerinin neler olduğuna ilişkin” ön bilgi almak hedeflenmektedir. Bu amaçla çocuklara şu gibi sorular sorulmaktadır: “Son zamanlarda okulla, derslerle aran nasıl?”, “Son zamanlarda anne-babanla/kardeşinle/arkadaşlarıyla aran nasıl?”, “Sence depresyon nedir?”, “Bir insan depresyon geçirdiğinde neler yaşar?”, “Hiç çevrende depresyon geçiren biri oldu mu?”, “Onun bu durumu sana ne hissettirdi?”, “Onunla bu durumu hiç konuştunuz mu?, Neler konuştunuz?” “Bir sıkıntın olduğunda bunu kimlerle konuşursun?”, “Sıkıntılarını rahatlıkla, açıkça paylaşabilir misin?” “Ayrıntılarıyla mı paylaşırsın yoksa bir iki cümlede özetler, kalanını kendine mi saklarsın?”, “Zorluklarla karşılaştığında neler yaparsın?”, “Karşılaştığın zorlukların üstesinden gelmek için neler yaparsın?” gibi. Form her bir çocuğa bireysel olarak uygulanmaktadır. Çocuklarla ilk tanışma ve güven ilişkisinin kurulmasında ilk aşamayı oluşturması nedeniyle, uygulama süresi esnek tutulmakta ve görüşme yaklaşık olarak 40-60 dakikada tamamlanmaktadır.

Çocuklar için yarı yapılandırılmış müdahale formu, müdahale sonrasında uygulanırken, çocukların, yukarıda belirtilen alanlardaki öğrenme ve kendilerini geliştirme düzeyleri ile ilgili bilgi alınması hedeflenmiştir. Formun müdahale sonrasında uygulama süresi yaklaşık olarak 40 dakika sürmektedir.

Çocuklara müdahale öncesinde ve sonrasında uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formlarıyla elde edilen bilgileri ve müdahale konuları doğrultusunda gösterdikleri ilerlemeyi değerlendirebilmek amacıyla likert tipi bir form hazırlanmıştır. Bu form, 5 maddeden oluşmaktadır ve “Çocuklarda Tutum Değişimi İzleme Formu” olarak isimlendirilmiştir. Bu formla birlikte, çocukların anne-babaları, arkadaşları ve diğer yetişkinlerle iletişim kurma, anne-babalarıyla ilişkileri, anne-babalarını anlama düzeyleri ile projeye ilişkin düşünceleri değerlendirilmektedir. Müdahale öncesinde ve sonrasında değerlendirmeleri yapan uygulayıcı, görüşmelerden elde ettiği bilgileri kullanarak bu form üzerinde puanlama yapmaktadır.

II. 3. 7. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Anne depresyonu dışında, annenin, babanın ya da kardeşlerin fiziksel rahatsızlıkları, babanın ya da kardeşlerin psikolojik rahatsızlıkları, çocuğun fiziksel ya da duygusal istismara maruz kalma durumu, evlilik çatışmalarına tanık olma gibi durumlar da çocuklar için önemli birer risk faktörüdür. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının maruz kaldıkları diğer risk faktörlerini belirlemek amacıyla Neşe EROL ve F. Sinem GÖKÇE (2004c) tarafından “Psikososyal Risk Faktörleri

Formu” (Ek. 4) olarak isimlendirilen bir form hazırlanmıştır. Müdahale öncesinde anne, baba ve çocukla yapılan görüşmelerden sağlanan bilgiler bu form üzerinde işaretlenerek çocukların maruz kaldıkları diğer risk faktörleri belirlenmektedir. Anneleri depresyon tanısı alan çocuklar her ne kadar risk altında olsalar da bu durumla başa çıkmalarına yardımcı olacak becerilere de sahiptirler. Bu beceriler arasında, olumlu akran ilişkileri kurma, sosyal aktivitelerde etkin rol alma, spor yapma, sağlıklı ebeveynle yakın ilişki içinde olma, anne-baba dışında bir erişkinle paylaşımına girme sayılabilir. Çocuklarda dayanıklılığı artıran koruyucu faktörleri belirlemek için Neşe EROL ve F. Sinem GÖKÇE (2004d) tarafından “Koruyucu Faktörler Formu” (Ek. 5) olarak isimlendirilen bir form hazırlanmıştır. Müdahale öncesinde ve sonrasında anne, baba ve çocukla yapılan görüşmelerden sağlanan bilgiler bu form üzerinde işaretlenerek çocukların dayanıklılığını artıran özellikleri belirlenmiştir.

II. 3. 8. “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)”

“Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği” (HDDÖ), klinik uygulamalarda depresyonu derecelendirmek için en sık başvurulan ölçü aracı niteliğindedir (Yüksel ve Karakaş, 2002). Hamilton (1960) tarafından geliştirilen ölçek, 17 maddeden oluşmakta ve bir uzman tarafından hastaya uygulanarak derecelendirme yapılmaktadır. Akdemir ve arkadaşları (1996; 2001) tarafından Türkçe’de geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan HDDÖ’nün test-tekrar-test güvenilirliği $r=.85$ ve değerlendiriciler arası güvenirliliğin ise .87-.98 arasında olduğu bulunmuştur. İç-tutarlık ve iki-yarım güvenirliliği bulguları ise .75-.76 aralığındadır.

Yapılan geçerlik çalışlarında ise korelasyon değerlerinin Beck Depresyon Envanteri ile .48, Zung Depresyon Ölçeği ile .40-.56 arasında olduğu görülmüştür. Klinik Global İfade Puanları (The Clinical Global Impression Scale/CGI) ile korelasyonu da .56 olarak belirtilmiştir. Kontrol grubu ile hasta grubu arasındaki korelasyon ise -.13 olarak bulunmuştur. HDDÖ'nün zaman içinde farklı çevirilerinin ortaya çıktığı ve bunların değişik kaynaklarca dağıtıldığı görülmüştür. Bu çevirilerin bir kısmının orijinal formu tam olarak izlemediği, bir kısmının ise önemli çeviri hataları içerdiği görülmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada Yüksel ve Karakaş (2002) tarafından tekrar ele alınarak düzenlenmiş form kullanılmıştır.

II. 3. 9 “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”

“Aileyi Güçlendirici Destek Programı”, çocuktaki psikopatoloji gelişiminin önlenmesine yönelik olarak şu amaçlarla düzenlenmiştir: (a) aileyi güçlendirmek, (b) anne-babalığı desteklemek, (c) anne-baba-çocuk ilişkisini desteklemek, (d) çocuğun gelişimine ilişkin aile dışındaki ihtiyaçlarını desteklemek. Program hazırlanırken dayatılan temel ilke, depresyonun etkileşimsel bir bozukluk olduğu ve anne depresyonunun aileyi, özellikle de çocukları etkileyebileceği yönündedir. Bu doğrultuda ailedeki iletişimin ve anlayışın geliştirilmesi için aile üyelerinin her birinin olumlu ya da olumsuz deneyimleri onaylanarak bir aile öyküsü yapılandırılmakta ve aile içi saygı ilişkisi geliştirilmektedir. Psikolojik eğitim ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlar çerçevesinde yürütülen müdahale programı ile çocukların anne depresyonunun oluşturabileceği etkilerden korunmalarına ve çocuklarda oluşabilecek psikolojik rahatsızlıkların önlenmesine odaklanılmaktadır.

Bu aşamadan sonra ise gelecek üzerine odaklanılarak başta çocuklar olmak üzere aileye bir yandan yeni başa çıkma becerileri öğretilmekte diğer yandan da kendi başa çıkma becerilerini ve güçlerini bulmaları desteklenerek güçlendirilmektedir.

Depresyonda olan ebeveynlerin çocuklarının korunmasına yönelik danışman destekli yapılması planlanan “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın temel noktaları 6 maddede özetlenebilir. Bunlar:

1. Terapötik antlaşmanın kurulması,
2. Ailenin annenin depresyonunu ve sorunun çocuklara yönelik risklerini ve çocukların dayanıklılığını daha iyi anlaması,
3. Çocukların dayanıklılıklarının ve incinebilirliklerinin değerlendirilmesi,
4. Çocukların olumlu ve olumsuz yaşantılarının onaylanarak normalleştirilmesi,
5. Aile üyelerinin kendi yaşantıları vurgulanarak tutum ve davranışlarını değiştirmelerine yardım edilmesi,
6. Müdahale ilkelerini güçlendirmek ve gerekiyorsa erken müdahale yapmak amacıyla uzun dönemde uzman desteğinin sağlanmasıdır.

II. 3. 9. a. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın İçeriği

Aileyi güçlendirici destek süreci bilişsel-davranışçı ve psikolojik eğitim tarzında hazırlanan bir yaklaşımla ilerlemektedir. Müdahalenin içeriğinde, ailenin depresyon, depresyonun biyolojik temelleri, depresyonun tedavisi, depresyonun kişiyi ve aileyi nasıl etkileyebileceği, depresyonda olan bir ebeveynle büyüyen

çocukların karşılaştıkları zorluklar, ailenin bu durumla nasıl başa çıkabileceği, çocukların nasıl korunabileceği ve dayanıklı olma kapasitelerinin artırılabilmesi üzerine bilgilendirilmesi, yaşadıklarını anlamlandırmaları, başa çıkma becerilerini geliştirmeleri, aldıkları bu bilgileri ve edindikleri becerileri yaşamlarına uyarlamaları bulunmaktadır (Beardslee ve ark., 1996; 1997; 2003; Beardslee, 2002).

“Aileyi Güçlendirici Destek Programı”, yapılandırılmış bir içeriğe sahiptir ve her görüşmede ele alınacak konular önceden planlanmıştır. Ailelerle yapılan görüşmelerde, müdahale öncesi görüşmelerden elde edilen bilgiler de kullanılmış ve aile üyelerinin yaşantılarından yola çıkılarak önceden belirlenen konular ele alınmıştır. Beardslee Aile Müdahalesi’nden uyarlanan “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın aşamaları ve ele alınan konular maddeler halinde verilmiştir (Beardslee ve ark., 1996; 1997; 2003 ve Beardslee, 2002):

1. İlk Görüşme: Giriş, anne-baba öyküsü ve uzlaşma, onay

a. Müdahalenin çerçevesinin çizilmesi

- Müdahalenin amacının açıklanması
- Müdahale için zaman sınırlaması
- Her görüşmede toplantının odaklanacağı konu

b. Öykünün alınması

- Depresyonda olan anneden hastalığın öyküsünün alınması
- Son dönem üzerine vurgu (depresyonun akut ya da kronik olması göz önünde bulundurularak son zamanlarda yaşananlar, geçmişte yaşananlar ya da tekrar dönemleri ayrıntılı bir şekilde ele alınır)

- Depresyona karşı annenin verdiği tepkiler
- c. Ailenin başlıca endişelerinin ortaya çıkartılması ve müdahalenin amaçlarının tanımlanması
- d. Aile ile işbirliğinin sağlanması, ailenin yaşadığı deneyimin empatik olarak değerlendirilmesi

2. İkinci Görüşme: Depresyon yaşantısı ve psikolojik eğitim

- a. Önceki görüşmenin gözden geçirilmesi
 - İlk görüşmede sunulan bilgilere tepkiler ve olabilecek sorular
 - İlk görüşmeden bu yana annenin genel durumunu kontrol etme
 - Annenin öyküsünün bir özetini verme
- b. Babanın annenin depresyonuna tepkileri
- c. Bilişsel psikolojik eğitim bölümü
 - Depresyonun işaret ve belirtileri
 - Ailenin kavrayabileceği düzeyde depresyonun oluşumu
 - Anne depresyonunun çocuklar için oluşturduğu riskler ve dayanıklı çocukların özellikleri
 - Babanın bu dönemdeki görev ve sorumlulukları
- d. Çocuğun/çocukların durumu ve gelişimine ilişkin anne ve babanın görüşleri
 - Çocuğun/çocukların endişe yaratan yanlarına ve güçlü yanlarına odaklanma
 - Çocuğun/çocukların aile toplantısı için nasıl hazırlanacağını tartışma
- e. Anne-babayla aile toplantısını içeriğini planlama

- Annenin depresyonu ile ilgili çocuğa/çocuklara hangi bilgilerin ne kadar verileceğinin belirlenmesi
- Bilgiyi kimin sunacağına karar verilmesi
- Anne babanın konu ile ilgili soruları ve varolan endişelerinin tartışılması

3. Üçüncü Görüşme: Çocukla/çocuklarla beraber aile oturumu

- a. Önceki görüşmenin gözden geçirilmesi
- b. Anne-babanın rehberliğinden de yararlanarak müdahalenin amacını çocuğun/çocukların anlayabileceği bir kavramsal düzeyde açıklama
- c. Çocuğun/çocukların ev, okul ve okul dışı yaşamında ailesi, akranları ve diğer yetişkinlerle olan ilişkilerini değerlendirme
- d. Çocuğun/çocukların annenin depresyonuna ilişkin anlayışını değerlendirme
- e. Aileyi içinde buldukları durumu tartışması için cesaretlendirme ve bu süreci kolaylaştırma
 - Anne-baba ve çocuğa/çocuklara birbirlerine soru sormaları için fırsat verme
 - Bireysel görüşlerin paylaşılmasını cesaretlendirme
 - Aile üyelerinin farklı algılamalarını açıklığa kavuşturma
- f. Bir sonraki aile toplantısında yeniden tartışılmak üzere endişeleri ve sorunları ortaya çıkarma

4. Dördüncü Görüşme: Dayanıklılık, başa çıkma becerileri ve bilişsel psikolojik eğitim

- a. Aile toplantısının gözden geçirilmesi
 - Anne-babanın aile toplantısı ile ilgili izlenimleri
 - Çocuğun toplantıya ilişkin tepkileri
 - Anne-babayı soru ve endişelerini tartışmaları için cesaretlendirme
- b. Netleştirilmeye ihtiyaç duyulan bilgilerin gözden geçirilmesi
- c. Depresyon ve dayanıklılıkla ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi
- d. Aile üyelerinin başa çıkma becerilerinin gözden geçirilmesi ve yeni başa çıkma becerilerinin kazandırılması
 - Anne-babanın başa çıkma becerilerinin değerlendirilmesi
 - İletişim becerilerini geliştirme ve ortak paylaşımları artırma üzerinde durma
 - Sosyal becerileri geliştirme üzerinde durma
 - Çocuklarda dayanıklılığın nasıl geliştirilebileceği üzerinde durma

5. Beşinci Görüşme: Başa çıkma becerileri, bilişsel ve psikolojik eğitim, ailenin müdahalenin sonlandırılmasına hazırlanması

- a. Bir önceki görüşmenin gözden geçirilmesi
- b. Annenin depresyonla ilişkili tepkilerinin gözden geçirilmesi
- c. Babanın annenin depresyonuna ilişkin tepkilerinin gözden geçirilmesi
- d. Çocukların durumuna ve gelişimine ilişkin anne ve babanın görüşlerinin gözden geçirilmesi
- e. Aile bireylerinin başa çıkma becerilerinin gözden geçirilmesi, iletişim becerilerini ve sosyal becerileri geliştirme üzerinde tekrar durulması

- f. Müdahale sürecinde sağlanan olumlu gelişmelerin ve başarıların anne-baba ile birlikte değerlendirilmesi
 - g. Başarısız olan şeylerin gözden geçirilmesi ve varolan kaygıların ele alınması
 - h. Anne-babayla aile oturumu planlamasının yapılması
 - Hangi bilgilerin sunulması gerektiğine karar verilmesi
 - Bilgiyi kimin sunacağına karar verilmesi
 - Aile toplantısında ele alınması gereken sorular ve mevcut endişelerin tartışılması
 - i. Ailenin koruyucu müdahale programının sonuna hazırlığı
- 6. Son görüşme:** Çocukla/çocuklarla beraber aile oturumu
- a. Son aile toplantısından itibaren geçen dönemde ailenin genel yaşantısının, depresyon deneyiminin gözden geçirilmesi
 - b. Aileyi içinde buldukları durumla ilgili konuşmaları için cesaretlendirme
 - Anne-baba ve çocuğa/çocuklara birbirlerine soru sormaları için fırsat verme
 - Bireysel görüşlerin paylaşılmasını cesaretlendirme
 - Aile üyelerini müdahale sürecinde sağlanan olumlu gelişmeleri ve başarıları birlikte değerlendirmeleri için cesaretlendirme
 - c. Aileyi gelecek planları yapmaları için cesaretlendirmek
 - d. Ailenin devam edebileceği bir sürecin başlangıcı olarak, müdahalenin önemini vurgulama

- e. Aileye, danışma ve herhangi bir zamanda başvurma için müdahaleyi yapan kişiye her zaman başvurabilecekleri güvencesinin verilmesi
- f. Müdahale sonrası yapılacak görüşme için tarih ve saat belirlenmesi
- g. Müdahalenin sonlandırılarak aile ile vedalaşılması

Çalışmaya katılan ailelerin 7 yaşından küçük olan çocukları için de uygun ölçekler hem müdahale öncesinde hem de müdahale sonrasında verilerek bu çocuklarla ilgili bilgiler de elde edilmiştir; ancak, çalışmanın kriterleri doğrultusunda toplanan bu veriler değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Ailelerle yapılan uygulama süreci içinde çocuklara yönelik yapılan gözlemler ve ailelerin bilgilendirmeleri ışığında bazı çocuklar psikolojik olarak daha ayrıntılı değerlendirilmiş ve bu çocuklardan bazıları için ailelere gerekli öneriler yapılmış bazıları için de gerekli görülen tedavi (ilaç tedavisi, danışmanlık, oyun tedavisi gibi) başlatılmıştır. Bir erkek çocuğuna dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, 14 yaşındaki bir ergene de depresyon tanısı konarak ilaç tedavisi başlatılmıştır. 5 yaşında olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmeyen bir kız çocuğu depresyonla ilişkili belirtiler sergilemesi ve uyum sorunları nedeniyle oyun tedavisine alınmıştır. Yedi yaşındaki bir kız çocuğuna ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun yanında davranım bozukluğu eş tanısı ile hem ilaç tedavisi hem de oyun tedavisi başlatılmıştır. Orta öğretim kurumları sınavına girecek bir ve üniversite sınavına girecek iki ergene ise sınav kaygısına yönelik danışmanlık verilmiştir.

II. 3. 9. b. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın Uygulama Süreci

Çalışmanın uygulama planı dahilinde öncelikle, Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Polikliniği'ne başvuran, psikiyatristler tarafından, görüşme, klinik gözlem, “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği” ve DSM-IV kriterleri doğrultusunda depresyon tanısı konan ve 7-18 yaşları arasında en az bir çocuğu olan kadınlar çalışmaya alınmıştır. Tanısı konan anneler GATA Çocuk Ruh Sağlığı Ana Bilim Dalı'na yönlendirilmiş ve kendileriyle ön görüşmeler yapılmıştır. Annelerle birebir yapılan ön görüşmelerde kendilerine çalışmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş, bu çalışmada yer almayı isteyip istemedikleri sorulmuş ve kabul edenlere onam formu imzalatılmıştır. Çalışmaya iki anne Ankara dışında yaşadıkları için katılmak istememiştir. Çalışmada yer almayı kabul eden annelere kendilerinin, eşlerinin, çocuklarının ve çocuklarının sınıf öğretmenlerinin doldurması için ölçekler verilmiş ve müdahale öncesi yapılacak görüşmeler için bir sonraki görüşme gün ve saati saptanmıştır. Ayrıca, eşlerinin de çalışmada yer almalarının tercih edildiği ve verilen randevuya mümkünse eşleri ile birlikte gelmeleri de belirtilmiştir. Saptanan gün ve saatte kendileri ile müdahale öncesi görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeye eşleriyle birlikte katılan 7 baba ile işbirliği yapılırken diğer 7 baba kendilerine gönderilen ölçekleri doldurup annelerle göndermiştir. Bir baba ise eşinden boşanıp tekrar evlendiği ve Antalya'da yaşadığı için kendisine ulaşılammıştır. Babaların müdahaleye aktif olarak katılmadığı ailelerde müdahale sürecine anneler ve çocukları dahil olmuşlardır. Görüşme zamanları, anneler ve çalışmada yer almayı kabul eden babalarla birlikte belirlenmiş ve genelde iki haftada bir ya da haftada bir olarak planlanmıştır. Eşleri katılmayı

kabul etmeyen kadınlar ise bu görüşmelere yalnız gelmiştir. Müdahale süreci içinde yapılan üçüncü ve son görüşmeler birer aile görüşmesi olarak planlanmış ve görüşmede anne, katılmayı kabul eden baba ve çocuk/çocuklar birlikte bulunmuşlardır. 6 görüşmede tamamlanan müdahalenin ardından anneler, çalışmada yer almayı kabul eden babalar ve çocuklarla müdahale öncesinde yapıldığı benzer birer müdahale sonrası görüşme yapılmış ve müdahale öncesinde verilen ölçekler kendilerine tekrar verilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu araştırmada, bir yıl içinde erişkin psikiyatrisi kliniğine başvuran ve çalışma ölçütlerini karşılayan anneler, eşleri ve çocukları ele alınmıştır.

Bu bölümde daha önce araştırmadan elde edilen veriler ve bunların istatistiksel analiz sonuçları aşağıdaki sırada verilmiştir.

1. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarındaki risk faktörlerinin ve destekleyici faktörlerin değerlendirilmesine ilişkin sonuçlar,
2. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının müdahale öncesinde ve sonrasındaki yeterlik alanlarının incelenmesine ilişkin sonuçlar,
3. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarında, müdahale öncesinde ve sonrasında görülen duygusal ve davranışsal sorunların anne, baba, öğretmen ve çocuk değerlendirmelerine ilişkin sonuçlar,
4. Depresyon tanısı alan annelerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası tutum ve davranışlarının incelenmesinden elde edilen sonuçlar.
5. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının müdahale öncesi ve sonrası davranışlarının incelenmesinden elde edilen sonuçlar

Veri analizleri “SPSS 10.0” istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. CBCL, YSR ve TRF’den elde edilen puanların müdahale öncesi ve sonrasına göre

farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Wilcoxon İşaretli Sıra(lar) Testi kullanılmıştır. Bu test bağımlı bir grupta iki kez ölçüm yapıldığında parametrik koşullar oluşmuyorsa “bağımlı grupta t testi” yerine kullanılmaktadır. Uluslararası yazında ve bilgisayar programlarında *Wilcoxon Sign(ed) Rank(s) Test* olarak geçmektedir. Az sayıda bireyden oluşan bir grupta önce ve sonra yapılan iki ölçümün değerleri arasındaki farkı karşılaştıran, güvenilir ve değerli bir testtir (Aksakoğlu, 2001).

III. 1. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarındaki Risk Faktörlerinin ve Koruyucu Faktörlerin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, “Psikososyal Risk Faktörleri Formu” ile çalışma örneklemini oluşturan çocukların anne depresyonu dışında maruz kaldıkları diğer risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın örneklemini oluşturan çocukların, annelerinin depresyonundan etkilenme düzeylerini belirleyen diğer risk faktörleri değerlendirildiğinde, çocukların yaşamları boyunca %50’sinin temel bakımlarını veren kişinin değiştiği, %31’nin akrabalarından birini ve %22.73’ünün akrabaları dışında birini kaybettiği, %13.64’ünün fiziksel ve %4.5’inin duygusal istismara maruz kaldığı, %36.6’sının evde ve %13.64’ünün ev dışında şiddete tanık olduğu, %50’sinin kardeşiyle kıran kırana tartışma ve şiddet yaşadığı, %22.73’ünün ihmal edildiği ve %9.09’unun travmatik bir yaşantıya maruz kaldığı (1 çocuk Marmara Depremini yaşamış ve 1 çocuk da terör olaylarına tanık olmuş) saptanmıştır. Çocukların, %22.73’ünün babalarının da psikolojik bir rahatsızlığının

olduğu, %22.73'ünün ebeveynlerinden birinde ve %18.8'inin kardeşlerinden birinde kronik bir fiziksel hastalık olduğu, %36.36'sının kardeşinin psikolojik bir rahatsızlığı olduğu, %4.55'inin kardeşinin sigara kullandığı, %9.09'unun fiziksel bir rahatsızlığı olduğu ve %4.55'inin de fiziksel bir rahatsızlık nedeniyle hastanede yattığı görölmüştür. Ayrıca, %90.91'inin ebeveynlerinin tartışmalarına (evlilik çatışmalarına) şahit olduğu, %9.09'unun ebeveynlerinin boşandığı ya da ayrı olduğu, %4.55'inin ebeveyninin yeniden evlendiği, %54.55'inin babasının iş nedeniyle uzun süreli şehir dışına çıktığı (tatbikatlar, eğitimler vb), %9.09'unun babalarının iş nedeniyle 6 aydan uzun süredir şehir dışında olduğu saptanmıştır.

“Koruyucu Faktörler Formu” formu ile anne depresyonu ve diğer risk faktörleri ile başa çıkmalarında çocuklara yardımcı olan ve dayanıklılıklarını olumlu yönde etkileyen koruyucu faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın örneklemini oluşturan çocukların annelerinin depresyonundan etkilenme düzeylerini azaltan ve koruyucu bir rol oynayarak dayanıklılıklarını artıran koruyucu faktörler değerlendirildiğinde, müdahale öncesinde, çocukların %36.36'sının ebeveynlerinden en az biriyle, %50'sinin ebeveynleri dışında bir erişkinle ve %40'ının kardeşleriyle destekleyici paylaşıma girdiği, %54.55'inin yakın akran ilişkileri kurdukları, %40.91'inin problem çözme becerilerine sahip olduğu, %40.91'inin kendisini ifade edebildiği, %45.46'sının iletişim becerilerinin iyi olduğu, %68.18'inin okulda başarılı oldukları, %40.91'inin spor yaptığı, %31.82'inin sosyal faaliyetlerde aktif olduğu ve %13.64'ünün bir aktivitede faal üyeliğinin olduğu (spor takımı, halk oyunları vb.) saptanmıştır. Müdahale sonrasında ise, çocukların %90.91'inin ebeveynlerinden en az biriyle, %50'sinin ebeveynleri dışında bir erişkinle ve

%40'ının kardeşleriyle destekleyici paylaşıma girdiği, %95.45'inin yakın akran ilişkileri kurdukları, %77.27'sinin problem çözme becerilerine sahip olduğu, %72.73'ünün kendisini ifade edebildiği, %77.20'sinin iletişim becerilerinin iyi olduğu, %90.91'inin okulda başarılı oldukları, %50'sinin spor yaptığı, %72.73'ünün sosyal faaliyetlerde aktif olduğu ve %27.27'sinin bir aktivitede faal üyeliğinin olduğu (spor takımı, halk oyunları vb.) belirlenmiştir.

III. 2. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesinde ve Sonrasındaki Yeterlik Alanlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular

Aileyi Güçlendirici Destek Programı'nın, depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının yeterlik düzeyleri üzerindeki etkisini anlamak amacıyla müdahale öncesinde ve sonrasında annelerden CBCL ve gençlerden YSR ile sağlanan veriler Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda, hem annelerin hem de çocukların bildirimlerine göre “Okul” alt testi dışında kalan “Aktivite” ve “Sosyallik” alt testleri ile “Toplam Yeterlik”te anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 2). Müdahale sonrası çocuk ve gençlerin aktivite düzeyleri ve sosyallikleri ile toplam yeterlik puanları arttığı saptanmıştır.

Tablo 2. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Yeterlik Düzeylerinin Annelerden (CBCL) ve Çocuklardan (YSR) elde Edilen Bilgiler Doğrultusunda Karşılaştırılması

	Müdahale Öncesi				Müdahale Sonrası			
	CBCL		YSR		CBCL		YSR	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Aktivite	9.9*	4.1	10.7*	3.4	12.5*	3.2	12.0*	2.8
Sosyallik	6.8*	1.4	9.1*	2.1	9.3*	1.5	10.1*	1.7
Okul	2.3	0.7	2.6	0.8	2.3	0.8	2.4	0.8
Toplam Yeterlik	18.9*	4.7	22.4*	4.6	24.1*	4.5	24.6*	3.9

*p<0.05

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının öğretmenlerinin TRF/6-18 ile yaptıkları değerlendirmeler doğrultusunda çocukların müdahale öncesi ve müdahale sonrası yeterlik düzeyleri Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda, “Okul Başarısı”, “Uygun Davranma” alt testlerinde ve “Toplam Yeterlik”te anlamlı farklılık bulunmuştur. “Çok Çalışma”, “Öğrenme” ve “Mutlu Olma” alt testlerinde ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Yeterlik Düzeylerinin Öğretmenlerden (TRF/6-18) Elde Edilen Bilgiler Doğrultusunda Karşılaştırılması

	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Okul Başarısı	2.9*	0.8	3.3*	0.6
Çok Çalışma	3.2	2.1	3.2	2.0
Uygun Davranma	3.1*	2.0	3.3*	2.2
Öğrenme	2.9	2.1	3.1	1.9
Mutlu Olma	2.8	1.8	2.9	1.8
Toplam Yeterlik	19.3*	3.6	20.3*	2.3

*p<0.05

III. 3. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarında Duygusal ve Davranışsal Sorunların Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Dağılımına İlişkin Bulgular

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının, annelerinin depresyonundan olumsuz etkilenme düzeylerini azaltmak amacıyla hazırlanan “Aileyi Güçlendirici Destek Programı’nın etkisini incelemek için, çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarına ilişkin olarak çoklu bilgi kaynaklarından müdahale öncesinde ve sonrasında bilgi alınmıştır. Anne ve babalardan CBCL/6-18, öğretmenlerden TRF/6-18 ve gençlerden YSR/11-18 ile sağlanan veriler Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile

karşılaştırılmıştır. Elde edilen puan ortalamaları ve standart sapmalar sırasıyla Tablo 4, 5, 6 ve 7’de gösterilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde annelerden elde edilen bilgilere göre “Kurallara Karşı Gelme” alt testi dışındaki tüm alt testler ile İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Toplam Problem Puan ortalamaları müdahale öncesi ve sonrasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

Tablo 4. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Annelerine Göre (CBCL/6-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışlarının Karşılaştırılması (n=22)

Sorun Davranışlar	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		Anlamlılık Z ; p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Anksiyete/Depresyon	6.1	3.5	4.2	2.4	-3.668;0.001*
Sosyal İçe Dönüklük	4.3	3.4	3.1	2.3	-2.969;0.003*
Somatik Yakınmalar	1.4	1.6	1.1	1.3	-2.121;0.034*
Sosyal Sorunlar	3.0	2.8	2.1	1.8	-3.256;0.001*
Düşünce Sorunları	1.9	1.9	1.4	1.5	-2.814;0.005*
Dikkat Sorunları	5.3	3.3	4.3	2.1	-2.968;0.003*
Kurallara Karşı Gelme	2.2	2.6	1.8	2.2	-1.897;0.058
Saldırgan Davranışlar	7.5	6.1	5.6	4.2	-3.327;0.001*
İçe Yönelim	11.8	6.8	8.5	4.9	-4.037;0.001*
Dışa Yönelim	9.7	7.9	7.4	5.9	-3.258;0.001*
Toplam Problem	35.7	17.7	26.6	13.4	-4.110;0.001*

* $p<.05$

Babalardan elde edilen bilgilere göre ise, “Somatik Yakınmalar” ve “Kurallara Karşı Gelme” alt testleri dışındaki tüm alt testler ile İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Toplam Problem Puanı müdahale sonrasında anlamlı farklılık göstermiştir (Tablo 5, $p<0.05$).

Tablo 5. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Babalarına Göre (CBCL/6-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışlarının Karşılaştırılması (n=21)

Sorun Davranışlar	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		Anlamlılık Z ; p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Anksiyete/Depresyon	4.5	3.2	2.2	1.2	-3.327;0.001*
Sosyal İçe Dönüklük	3.1	2.5	1.4	1.3	-3.205;0.001*
Somatik Yakınmalar	1.3	1.5	1.2	1.3	-1.342;0.180
Sosyal Sorunlar	3.1	1.9	1.1	1.0	-3.443;0.001*
Düşünce Sorunları	1.7	2.3	0.7	0.9	-2.588;0.010*
Dikkat Sorunları	4.8	3.9	3.5	3.3	-2.971;0.003*
Kurallara Karşı Gelme	1.9	2.6	1.5	2.1	-1.382;0.167
Saldırgan Davranışlar	6.3	6.4	3.3	3.6	-3.307;0.001*
İçe Yönelim	8.9	5.6	4.7	3.1	-3.529;0.001*
Dışa Yönelim	8.2	8.1	4.8	4.9	-3.278;0.001*
Toplam Problem	29.6	16.5	16.4	10.4	-3.726;0.001*

*p.<05

Tablo 6 izlendiğinde, öğretmenlerin de müdahale sonrasında sorun davranış puan ortalamalarının anlamlı ölçüde düştüğünü bildirdikleri görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 6. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Öğretmenlerine Göre (TRF/6-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışlarının Karşılaştırılması (n=22)

Sorun Davranışlar	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		Anlamlılık Z ; p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Anksiyete/Depresyon	4.9	2.7	3.5	1.9	-3.010;0.003
Sosyal İçe Dönüklük	3.1	1.9	1.9	2.0	-3.308;0.001
Somatik Yakınmalar	1.1	1.2	1.5	1.3	-2.232;0.026
Sosyal Sorunlar	1.7	1.5	0.8	1.1	-3.000;0.003
Düşünce Sorunları	1.8	1.3	0.9	1.1	-3.231;0.001
Dikkat Sorunları	11.5	9.1	8.0	7.1	-3.174;0.002
Kurallara Karşı Gelme	2.6	3.6	1.9	2.1	-1.725;0.084
Saldırgan Davranışlar	6.3	7.6	3.6	4.4	-5.502;0.001
İçe Yönelim	9.6	4.3	6.5	2.9	-3.713;0.001
Dışa Yönelim	8.9	10.7	5.5	6.4	-3.496;0.001
Toplam Problem	35.7	25.0	22.3	15.2	-4.017;0.001

Gençlerin kendilerinden elde edilen bilgilere göre ise (Tablo 7), müdahale sonrasında “Somatik Yakınmalar”, “Dikkat Sorunları”, “Kurallara Karşı Gelme” puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermezken, diğer alt testler ile İçe Yönelim, Dışa Yönelim ve Toplam Problem puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$).

Tablo 7. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Genç Çocuklarının Kendi Değerlendirmelerine Göre (YSR/11-18) Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Sorun Davranışlarının Karşılaştırılması (n=15)

Sorun Davranışlar	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		Anlamlılık Z ; p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Anksiyete/Depresyon	8.8	3.8	6.4	2.9	-2.950;0.003*
Sosyal İçe Dönüklük	4.9	2.1	3.9	1.5	-2.360;0.018*
Somatik Yakınmalar	2.1	2.0	1.9	1.6	-.073;0.942
Sosyal Sorunlar	4.5	2.8	2.3	1.5	-2.952;0.003*
Düşünce Sorunları	3.9	4.1	3.5	3.2	-1.232;0.218*
Dikkat Sorunları	5.9	3.2	4.7	2.2	-1.838;0.066
Kurallara Karşı Gelme	3.4	2.8	2.8	2.3	-1.812;0.070
Saldırgan Davranışlar	9.4	5.8	4.7	2.2	-2.354;0.019*
İçe Yönelim	15.7	6.7	12.3	5.0	-2.940;0.003*
Dışa Yönelim	12.8	8.3	9.9	5.1	-2.402;0.016*
Toplam Problem	69.0	19.4	50.0	12.0	-3.189;0.001*

* $p<.05$

III. 4. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Tutumlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular

Çocukların anne depresyonundan etkilenme düzeylerini azaltmak amacıyla hazırlanan ve uygulanan “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın çocukların tutumları üzerindeki etkisi hakkında bilgi edinmek için çocuklarla müdahale öncesinde ve sonrasında görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen bilgiler “Çocuklarda Tutum İzleme Formu” üzerinde puanlanmış ve Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonunda, müdahale

sonrasında çocukların tüm alanlarda anlamlı olarak tutum değişimi gösterdikleri saptanmıştır (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Çocuklarının Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Tutumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		Anlamlılık Z ; p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Anne-baba ile iletişim	3.73	1.16	5.36	.66	-3.999;0.001*
Akranlarla ve diğer yetişkinlerle iletişim	4.45	1.14	5.55	.80	-4.062;0.001*
Aile ilişkileri	4.05	.84	5.55	.59	-4.221;0.001*
Anne-babayı anlama	3.73	.77	5.41	.59	-4.202;0.001*
Projeye ilişkin düşünceler	4.18	.59	5.64	.66	-3.905;0.001*
Çocuk tutum toplam puanı	20.14	3.77	27.41	2.54	-4.119;0.001*

*p<.05

III. 5. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Tutum ve Davranışlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular

Bu araştırmada uygulanan “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”, temelde anne-babaların eğitilmesi yoluyla çocukların anne depresyonundan etkilenme düzeyini azaltmayı hedefleyen bir programdır. Yapılan müdahalenin depresyonda olan annelerin çocuklarının gösterdiği davranışsal ve duygusal sorunlar üzerinde olumlu bir etki yapabilmesi de, ancak, annelerin tutum ve davranışları üzerinde oluşturacağı olumlu değişikliklerle mümkün olacaktır. Bu nedenle müdahalenin etkisi incelenirken annelerin müdahale öncesindeki ve sonrasındaki hedef tutum ve davranışları da incelenmiştir. Müdahale öncesinde ve sonrasında yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler Anne Davranış Değişimi Takip Formu ve Anne Tutum Değişimi İzleme Formu üzerinde puanlanarak Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 9’da da görüldüğü üzere, müdahale sonrasında anneler tüm alanlarda anlamlı olarak davranış değişimi göstermiştir ($p<0.05$).

Tablo 9. Depresyon Tanısı Alan Annelerin Müdahale Öncesindeki ve Sonrasındaki Davranış Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		Anlamlılık Z ; p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Eşle iletişim düzeyi	3.2	1.3	5.6	1.9	-4.057;0.001*
Aile içi iletişim düzeyi	6.6	1.7	12.6	1.9	-4.159;0.001*
İletişimde açıklık	5.3	1.1	11.1	1.8	-4.124;0.001*
Çocuklarla konuşma	7.9	1.3	14.0	0.1	-4.138;0.001*
Annenin yeni başa çıkma becerileri geliştirme düzeyi	8.6	1.3	12.8	0.9	-4.148;0.001*
Çocuklar için yardım alma	5.2	0.8	7.0	0.1	-4.176;0.001*
Annenin depresyon hakkında bilgilenme düzeyi	2.9	0.9	6.1	0.6	-4.177;0.001*
Annenin işlevsellik düzeyi	24.9	2.2	39.1	2.0	-4.133;0.001*
Anne davranış değişimi toplam puanı	30.3	2.7	50.4	3.1	-4.117;0.001*

* $p<0.05$

Tablo 10’da izlenebileceği gibi, anneler müdahale sonrasında tüm alanlarda anlamlı olarak tutum değişimi göstermiştir ($p<0.05$).

Tablo 10. Müdahale Öncesi ve Sonrası Annenin Tutum Değişimi Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları

	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		Anlamlılık Z ; p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Annenin depresyonunu anlama düzeyi	12.4	0.8	21.0	0.01	-4.171;0.001*
Annenin eşinin duygularını anlama düzeyi	3.4	1.3	5.4	1.5	-4.116;0.001*
Eşin, annenin duygularını anlama düzeyi	3.1	1.2	5.3	1.6	-4.111;0.001*
Eşle duygusal yakınlık düzeyi	3.7	1.6	5.4	1.5	-4.130;0.001*
Anneye göre çocukların dayanıklılık düzeyi	4.0	0.5	7.0	0.01	-4.307;0.001*
Çocukların bilgilenme düzeyi (depresyon, ailenin içinde bulunduğu durum vb)	4.1	0.8	7.0	0.01	-4.174;0.001*
Annenin çocukların yaşantılarını anlama düzeyi	12.3	1.8	20.4	0.7	-4.126;0.001*
Annenin suçluluk ve utanç düzeyinde azalma	7.0	0.1	4.2	0.6	-4.523;0.001*
Annenin iyimserlik düzeyinde artma	3.7	0.7	6.4	0.6	-4.253;0.001*
Annenin kendi duygularını anlama düzeyi	4.0	0.8	6.4	0.5	-4.187;0.001*
Aile içi yakınlık düzeyi	7.1	1.9	11.6	1.7	-4.177;0.001*
Annenin genel endişe düzeyinde azalma	14.2	2.3	4.9	2.2	-4.128;0.001*
Annenin proje beklentisi	13.8	1.9	14.3	0.8	-4.164;0.001*
Annenin tutum değişimi toplam puanı	86.4	7.8	121.1	6.6	-4.118;0.001*

$p<0.05$

BÖLÜM IV

TARTIŞMA ve SONUÇLAR

Bu çalışma, depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının sorundan etkilenme düzeylerini azaltmak ve dayanıklılıklarını arttırmak, koruyucu-önleyici bir müdahale programı geliştirmek ve bu programın etkisinin saptamak amacıyla düzenlenmiştir. Depresyon tanısı alan ailelere müdahale etmek için yurtdışında uygulanmakta olan ve etkisi saptanan müdahale programlarından “Beardslee Aile Müdahalesi” tarafımızdan Türkiye kültürüne uyarlanmış ve “Aileyi Güçlendirici Destek Programı” olarak isimlendirilerek bu çalışmada kullanılmıştır. “Beardslee Aile Müdahalesi” programının seçilmesinin nedeni, annedeki depresyona gelişimsel ve etkileşimsel bir çerçeveden bakarak aileyi bir bütün olarak ele alması ve ailenin koruyucu rolünü işlevsel hale getirmesidir. Bu müdahale programı temelde çocukların anne depresyonuyla başa çıkma becerilerini artırmayı ve dayanıklılıklarını geliştirmeyi amaçlamakla birlikte, bu hedefe ulaşmada sadece anneye ya da çocuklara yönelik olmaktan çok aileyi bir bütün olarak ele alarak ailenin korunmasını, annenin depresyonuyla bir aile olarak başa çıkılmasını ve ailenin dayanıklılığının artırılmasını hedeflemektedir. Programın, aile üyelerinin birbirlerini desteklemelerine, hem kendilerini hem de birbirlerini güçlendirmelerine yardımcı olmakta etkisi de araştırmalarla gösterilmiştir (Beardslee ve ark., 1996; 1998a, b; 2003; Beardslee, 2002).

“Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın etkisini saptamak amacıyla çocukların yeterlik alanları ve sorun davranışları yanında annenin tutum ve

davranışları incelenmiştir. Bu amaçla, müdahale öncesinde ve sonrasında anneler, babalar, öğretmenler ve çocuklar gibi çoklu bilgi kaynaklarından veriler toplanmıştır. Burada da yapılan analizler sonucunda ele edilen bulgular tartışılacaktır.

IV. 1. Tartışma

Bir müdahale programının etki düzeyine ilişkin yapılan araştırmalara yönelik olarak ilk çalışmalarda müdahale yapılacak örneklem grubunun benzer özellikleri taşıyan katılımcılardan oluşturulması ve büyük tutulmaması önerilmektedir (Beardslee ve MacMillan, 1993, Beardslee ve ark., 1998b). Böylece programın güçlü ya da zayıf yönlerinin daha kolay fark edilebileceği ve zayıf noktaların geliştirilebileceği ileri sürülmektedir. Bu yaklaşımdan yola çıkarak, bu destek programında 15 anne, baba ve bu ailelerin yaşları 7-18 arasında olan 22 çocuğu ile çalışılmıştır. Örneklem grubunu, orta sosyo-ekonomik düzeyde, askeri personel olan ve il merkezinde yaşayan aileler oluşturmaktadır. Çalışmada, bir yıl içinde çalışma ölçütlerine uyan tüm anneler örneklem grubuna dahil edilmiştir. Bu nedenle kontrol grubu oluşturulamamıştır. Yapılan bu uygulama, araştırmanın müdahalenin etkililiğinin belirlenmesine yönelik olarak bir başlangıç çalışması olması yönünden destekleyici bir çerçeve oluşturmasına karşın farklı sosyo-ekonomik düzeylerden gelen aileleri temsil etmemektedir.

IV. 1. 1. Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Bu çalışmada yer alan çocukların annelerinin depresyonu dışında maruz kaldıkları diğer risk faktörlerinin neler olduğunu belirlemek için bilgi toplanmış ve analizler yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, çocukların hepsinin anne depresyonu dışında başka risk faktörlerine de maruz kaldıkları bulunmuştur. Çalışmada yer alan çocukların önemli bir bölümünün anne-babaları arasındaki çatışmalara tanık olduğu, anne-babaları tarafından ihmal edildiği ve duygusal ya da fiziksel istismara uğradığı ve hem evde hem de dışarıda şiddete maruz kaldığı ya da tanık olduğu görülmüştür. Ayrıca çocukların anne-baba ve kardeşlerinde fiziksel bir rahatsızlık görülme sıklığının yanında babalarında ya da kardeşlerinde psikolojik rahatsızlık görülme sıklığının da oldukça fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada yer alan çocukların neredeyse hepsinin maruz kaldığı bir başka risk faktörü de babaların büyük çoğunluğunun askeri rütbeye dahil olması nedeniyle kısa ya da uzun süreli olarak tatbikat, eğitim gibi görevlerle ailelerinden uzak kalmalarıdır. Bu nedenle çocuklar hem önemli bir destek kaynağından yoksun kalmakta hem de ayrılık kaygısı ve kayıp korkusu yaşamaktadırlar. Örneğin; 3 yaşında erkek kardeşi olan 7 yaşındaki bir kız çocuğu, yaptığı bir resmi şöyle anlatmıştır: *“Kız ip atlıyor, kardeşi de yanında duruyor. Kardeşi erkek. Kızın kardeşi ayı görmüş onun peşinden ormana gitmiş, sonra köpekler de ormana gitmiş. Çocuk korkmuş taşın üstüne çıkmış, ağlamış. Kimse onu duymamış. Kız kardeşini unutmuş, gittiğini fark etmemiş, ama karanlık olunca kardeşinin olmadığını görmüş, aramış ama bulamamış. Gidip annesine söylemiş, annesi de niye kardeşine bakmadın diye kıza kızmış. Sonra annesiyle birlikte onu aramışlar. Bulamamışlar. Polise gitmişler. Polis gelmiş aramış.*

Bulmuşlar. Kardeşini kızla annesine vermişler. Kardeşi çok korkmuş. Ablası korkma demiş kardeşine, ben varım, annem var. Annesi de öyle demiş. Sonra evlerine gitmişler. Bu kızın da babası benimki gibi hep tatbikattaymış. Kızın bir arkadaşının da babası gitmiş geri gelmemiş, o zaman arkadaşı çok ağlamış sonra da taşınmışlar. Kız çok korkuyormuş babası geri gelmezse diye.” yanıtını vermiştir.

Depresyon tanısı alan annelerin çocukları için en az anne depresyonu kadar anne depresyonu ile ilişkili olarak ortaya çıkan yaşam koşullarının, anne-babalarının, kendilerinin ve kardeşlerinin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının, çocukların geçmiş yaşantılarının, sosyallik düzeylerinin, babalarının destek düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyin önemli birer risk faktörü olduğu yazında da belirtilmektedir (Downey ve Coyne, 1990; Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000; Goodman ve Gotlib, 2002;). Bu çalışmanın bulguları da yazını destekler niteliktedir.

Anneleri depresyon tanısı alan çocukların önemli bir bölümünün anne depresyonu yanında başka risk faktörlerine de maruz kalmalarına karşın yaşamlarını normal bir şekilde sürdürebildikleri konuyla ilgili yazında da belirtilmektedir (Beardslee, 2002; Beardslee ve ark., 2003). Bu çalışmada, çocukların hayatlarında pek çok stres faktörüne ya da zorlayıcı yaşam olayına maruz kalmalarına karşın bu yaşantılarla başa çıkmalarına ve hayatlarını sürdürmelerine yardımcı olan koruyucu faktörler incelenmiştir. Bu çalışmada yer alan çocukların sahip olduğu koruyucu faktörler değerlendirildiğinde, çocukların çoğunun babaları ya da başka bir erişkinle, kardeşleriyle ve arkadaşlarıyla destekleyici paylaşımına girebildikleri, problem çözme

ve iletişim becerilerine sahip oldukları görülmüştür. Örneğin; annesi ve babası ayrı yaşayan 12 yaşındaki bir kız çocuğu, annesinin iyi olmadığını gördüğünde, annesi işe gittikten sonra annesinin iş yerinden arkadaşlarını arayarak annesinin o gün üzgün olduğunu söylediğini, onlardan annesiyle ilgilenmelerini, mümkün olduğunca yalnız bırakmalarını rica ettiğini belirtmiştir. Bazen de gün içinde annesinin amirini (bir amirali) aradığını ve ona annesinin iyi olup olmadığını sorduğunu, eğer kötü görüldüğü yanıtını alırsa yine annesinin arkadaşlarını arayarak yanına gitmelerini rica ettiğini belirtmiştir. Evde olduklarında ise annesini kötü gördüğünde onu güldürmeye çalıştığını, yürüyüşe çıkardığını kimi zaman da alışveriş yaptıklarını söylemiştir.

Örnekleme oluşturan çocukların çoğu okulda başarılı birer öğrenci olmalarının yanında sosyal olarak aktif ve spor yapan çocuklardır. Ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyleri iyidir, sağlık güvenceleri vardır ve çoğu güvenli bir ortam olarak atfedilen lojman ortamında yaşamaktadır. Askeri sosyal tesislerden ve spor tesislerinden yararlanabilmektedirler. Anneleri depresyon tanısı alan çocuklarda koruyucu faktörlerin neler olduğunu inceleyen başka çalışmalarda da çocukların kişilik özelliklerinin yanında sosyal ve çevresel faktörlerin önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Compas ve ark., 2002; Beardslee, 2002; Solantaus ve ark., 2004).

Elde edilen bu bulgular, anneleri depresyon tanısı alan çocuklarda dayanıklılığı ele alan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, çocukların genelde bu çalışmanın örneklemini oluşturan çocuklar kadar koruyucu faktörlere sahip olmadıkları görülmektedir (Beardslee, 2002; Gladstone ve Beardslee, 2002).

Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerden gelme, erişkin desteğinden yoksun olma, yaşam çevresinin güvenli olmaması, sosyal ya da sportif faaliyetlerde yer alma imkan ve olanaklarına sahip olmama gibi risk faktörlerine maruz kalan çocukların anne depresyonundan daha fazla etkilendiklerine dikkat çekilmektedir (Lovejoy ve ark., 2000; Silberg ve Rutter. 2002).

Bu çalışmada yer alan çocukların sahip oldukları bu koruyucu faktörlerin, onları daha dayanıklı hale getirdiği ve böylece hem annelerinin depresyonundan hem diğer risk faktörlerinden daha az etkilendikleri söylenebilir. Çünkü, çalışmaya dahil olan çocuklar, zamanlarını etkin bir şekilde değerlendirmelerinin yanında anneleriyle birlikte maruz kaldıkları olumsuz yaşam olaylarını problem çözme becerilerini kullanarak etkili bir şekilde çözmektedirler. Destekleyici ilişkilerini kullanarak sorunlarını paylaşmakta böylece normal yaşamdan uzak kalmamaktadırlar. Ayrıca, etkili sosyalleşme ve spor yapma olanaklarına sahip olmaları, korunaklı bir ortamda yaşamaları ve sosyo-ekonomik düzeylerinin iyi olması onların dayanıklılığını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Beardslee ve ark. (1996; 1998a; 2003) ve Solantaus-Simula ve ark. (2002a, 2002b, 2003) yaptıkları çalışmalarda bu bileşenlerin dayanıklılığın oluşumunda ve artmasında önemli bir rolü olduğuna dikkat çekmektedir. Beardslee (2002), dayanıklı çocukların anne depresyonunun yıkıcı etkilerinden kendilerini koruyabildiklerini belirtmesine karşın, dayanıklı oldukları için bu çocukların unutulmaması gerektiğini ve onlara da mümkün olduğunca destek verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Etkili koruyucu faktörlere sahip olmanın risk faktörlerine karşı dayanıklılığı arttırmasına ilişkin, bu çalışmanın örnekleminde yer alan 15 yaşındaki bir genç kızın yaşantısı örnek verilebilir. Bu genç kızın, 21 yaşındaki abisi kronik bir kalp rahatsızlığı sonucu ölmüş ve bu olayın ardından yaklaşık 8 ay sonra annesi depresyon tanısı almıştır. Hemen her gün yüzen bu kız, hem Kültür Bakanlığı'na hem de bir derneğe bağlı olarak halk dansları da yapmaktadır. Bunların yanında okulda da başarılı bir öğrencidir. Hem abisini kaybetmesi hem de annesinin depresyonda olması gibi oldukça ciddi iki risk faktörüne maruz kalmasına karşın normal yaşamını sürdürebilmektedir. Kendisine bunu nasıl başardığı sorulduğunda, yaptığı faaliyetlerin onu rahatlattığını, özellikle halk dansları grubundan olan arkadaşlarıyla sıkıntılarını paylaştığını, üzüntülerini pek içinde tutmadığını, hem halk danslarının hem de okulun tüm vaktini aldığını belirtmiştir. Abisinin kaybına çok üzüldüğünü, ama hayatın devam ettiğini ifade etmiştir. Annesine yardımcı olmaya çalıştığını, ancak, annesiyle fazla vakit geçirdiğinde kendisini kötü hissettiğini bu yüzden son zamanlarda bir parça annesinden uzak durduğunu söylemiştir. Annesinin yaşadığı sorunu kendisinin çözemeyeceğini bildiğini, bu nedenle onu bir doktora gitmesi için ikna edenin bir bakıma kendisi olduğunu da belirtmiştir.

Bu çalışmada annelerin eşleri ağırlıklı olarak rütbeye dahil askeri personeldir. Görevleri gereği sık sık evlerinden uzak kalmakta hatta kimi zaman aylarca evlerine gelememektedirler. Önemli bir risk faktörü gibi görülen bu durumu kolaylaştıran bazı koruyucu faktörler de vardır. İl merkezinde bulunan bu ailelerin büyük bir kısmı güvenli ve destekleyici bir ortam olarak belirtilen askeri lojmanlarda yaşamaktadır ya da daha önceden yaşamışlardır. Aile üyeleri, ikamet ettikleri lojmanların ya da diğer

askeri tesislerin sağladığı sosyal olanaklardan yararlanmaktadırlar. Askeri tesisler dahilinde spor tesisleri (yüzme havuzu, futbol, basketbol ve voleybol sahaları, spor salonu, tenis kortları, yürüyüş alanları vb) ve sosyal merkezler (resim, müzik, hobi kursları vb.) bulunmakta; askeri personel ve aileleri de bu olanaklardan yararlanabilmektedirler. Normalde bu olanaklardan yararlanmak önemli bir maddi yükümlülük gerektirmesine karşın askeri tesislerden yararlanma noktasında askeri personel ve aileleri için herhangi bir maddi yükümlülük söz konusu olmamaktadır. Ayrıca, insanlar için önemli bir kaygı kaynağı olan sağlık hizmetlerinden yararlanma konusu da askeri personel ve aileleri için bir kaygı kaynağı olmamaktadır. Askeri yerleşimlerin olduğu her ilde askeri personel ve ailelerinin yararlanabileceği sağlık merkezleri bulunmaktadır. Sağlık kurumlarına ulaşım konusunda askeri servis araçları hizmet vermektedir. Her gün belirli saatlerde hastane-lojman ya da hastanesemt servisleri ulaşımı sağlamaktadır. Ağır bir hastalık durumu söz konusu olduğunda ya da aile daha büyük bir hastanede sağlık hizmeti almak istediğinde ise en yakındaki ya da kendi tercih ettikleri bir yerdeki tam teşekküllü asker hastanelerinden yararlanabilmektedirler. Asker hastaneleri öncelikli olarak askeri personel ve aileleri için hizmet vermekle yükümlü olmalarının yanı sıra askeri personel dışında sivil hastalara sınırlı kontenjanlar dahilinde hizmet verdikleri için diğer devlet hastanelerinde karşılaşılan aşırı yoğunluk buralarda olmamakta ve bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini almakta kayda değer bir sorunla karşılaşmamaktadırlar.

IV. 1. 2. Yeterlik Alanları

Bu çalışmada yer alan annelerden CBCL/6-18 ve 11-18 yaşları arasındaki 15 çocuktan YSR/11-18 ile elde edilen bilgiler doğrultusunda çocukların müdahale öncesindeki ve sonrasındaki yeterlik düzeyleri incelenmiş; “Toplam Yeterlik” ile “Aktivite” ve “Sosyallik” alt testlerinde müdahale öncesine göre müdahale sonrasında puanların yükseldiği görülmüştür. Ancak, “Okul” alt testinde her iki bilgi kaynağında da müdahale öncesi ve sonrası arasında fark bulunmamıştır. Diğer alanlardaki yeterliğe rağmen çocukların ve gençlerin okulda sorun yaşadığı görülmektedir. “Okul” alt testi dışında, elde edilen bu bulgular yapılan müdahalenin çocukların yeterliğinin artmasında etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada “Toplam Yeterlik” puan ortalamaları müdahale sonrasında hem annelerin hem de gençlerin bildirimlerine göre yükselmiştir. Bu çalışmanın sonuçları “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” (TRSP) çalışması (Erol ve Şimşek, 1998) bulguları ile karşılaştırıldığında müdahale öncesi ve sonrası puan ortalamalarının toplam yeterlikte TRSP puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının sosyal ve spor etkinliklerinden yararlanma olanaklarının normal örnekleme göre daha yüksek olması, lojmanda yaşamaları, güvenli akran ilişkilerinin kurulabilmesi gibi koruyucu faktörlerin çocukların dayanıklılığını ve yeterliliklerini arttırdığı söylenebilir. Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarıyla yapılan çalışmalar, bu çocukların okul başarılarının düşük olduğu, aktivitelerde fazla yer almadıkları doğrultusundadır (Cummings Davies, 1994; Jacob ve Johnson, 1997; Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000; Sarigiani ve ark., 2003). Çalışmamızda okulda sorunlar bildirilmesine rağmen

çocukların etkinliklerden yararlandığı görülmüştür. Tebes ve ark. da (2001), çocuğun uyumunun belirleyicisi olarak anne-babanın psikolojik rahatsızlığından çok ailenin psikososyal destek faktörlerinin daha önemli olduğunu belirtmektedirler. Bu araştırmacılara göre, anne-babanın psikolojik rahatsızlığı ne kadar ciddi olursa olsun çocuk yeterli düzeyde koruyucu faktörlere sahipse biraz sıkıntı yaşasa bile normal yaşama uyum sağlayarak gündelik yaşantısını sürdürebilmektedir.

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının “öğretmen değerlendirmeleri” incelendiğinde ise, çocukların müdahale öncesi ve sonrası yeterliklerinde “Okul Başarısı”, “Uygun Davranma” alt testlerinde ve “Toplam Yeterlik”te anlamlı farklılık saptanmıştır. “Çok Çalışma”, “Öğrenme” ve “Mutlu Olma” alt testlerinde ise müdahale sonrası puan ortalamaları müdahale öncesi puan ortalamaları ile aynı ya da daha yüksek olmasına karşın anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Öğretmenlerin, çocukları annelerden ve gençlerden farklı olarak okulda daha başarılı algılamalarına karşın, onların çok çalışmadıklarını ve öğrenmeyle ilgili bazı güçlükleri olduğunu düşündükleri söylenebilir. Ayrıca, çocukların okulda kurallara uygun davrandıkları ve yeterli oldukları belirtilirken mutlu olmadıkları da vurgulanmaktadır. Çocukların herhangi bir zeka sorununun olmaması onları okulda başarılı kılarken çalışma ve öğrenme ile ilgili güçlüklerinin olması, derslerle ilgili evde yeterli desteği alamamalarına ve buna bağlı olarak akademik alanda sorunların ortaya çıkmasına bağlanabilir. Elde edilen bu bulgular müdahalenin çocukların yeterliklerinin artmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

IV. 1. 3. Davranış ve Duygusal Sorunlar

Bu çalışmada, depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının duygusal ve davranış sorunları, müdahale öncesinde ve sonrasında anne-babalar (CBCL/6-18), öğretmenler (TRF) ve 11-18 yaşlarındaki çocuklar tarafından (YSR/11-18) değerlendirilmiştir. Burada her bilgi kaynağından elde edilen bilgilere ilişkin bulgular sırasıyla tartışılacaktır.

IV. 1. 3. a. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Sonuçları: Annelerde Elde Edilen Bilgiler

Depresyon tanısı alan annelerin müdahale öncesi ve sonrasında çocukları için CBCL/6-18 ile yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde çocukların toplam problem, içe yönelim ve dışa yönelim puan ortalamalarının müdahale sonrasında düştüğü saptanmıştır. Yapılan karşılaştırmalar müdahale öncesi ve sonrasında görülen bu farkın anlamlı olduğunu ve müdahalenin sorun davranışların azalmasında etkili olduğunu göstermiştir. TRSP bulgularına bakıldığında ise, müdahale öncesi elde edilen puan ortalamalarının TRSP bulgularından oldukça yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Benzer farklılıklar CBCL'in diğer alt ölçeklerinde de göze çarpmaktadır. Müdahale öncesi ve TRSP puan ortalamaları arasında görülen bu çarpıcı fark iki farklı şekilde yorumlanabilir. Bunlardan birincisi depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının daha fazla sorun davranış gösterdikleri doğrultusundadır. Konuyla ilgili olan yayınlar incelendiğinde, depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının diğer çocuklara göre okul yaşantılarında daha fazla problem yaşadıkları,

benlik saygılarının düşük olduğu, uyum ve davranış sorunlarının yanında, başta depresyon olmak üzere, kaygı, antisosyal davranışlar, davranım bozukluğu ve madde kullanımı bozukluğu ciddi psikolojik sorunları daha fazla sergiledikleri görülmektedir (Downey ve Coyne, 1990; Cummings ve Davies, 1994; Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000; Beardslee, 2002; Goodman ve Gotlib, 2002). Araştırmaların bir kısmı, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olan annelerin çocuklarını değerlendirirken sorunlarından dolayı yanlı oldukları, çocuklarıyla ilgili algılarının daha olumsuz olduğu ve varolan durumu daha kötü yansıttıkları doğrultusundadır (Richters ve Pellegrini, 1989; Najman ve ark., 2000). Araştırmaların diğer kısmı ise, sorunlara rağmen annelerin çocuklarını yansız değerlendirdikleri yönündedir (Downey ve Coyne, 1990; Hammen, 1997; Beardslee ve ark., 1998; Radke-Yarrow, 1998; Goodman ve Gotlib, 1999). Bu çalışmada, annelerin değerlendirmeleri babalardan, öğretmenlerden ve çocuklardan elde edilen bulgularla karşılaştırıldığında annelerin de diğer kaynaklara benzer şekilde değerlendirme yaptıkları saptanmıştır. Müdahale sonrası bulgular, incelendiğinde ise CBCL puan ortalamalarının TRSP ortalamalarına oldukça yakın olduğu hatta “Anksiyete/Depresyon”, “Somatik Sorunlar” ve “Saldırgan Davranışlar” alt testleri ile “İçe Yönelim”, “Dışa Yönelim” ve “Toplam Problem” de daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. Bu da müdahalenin problem davranışların azalmasında etkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Beardslee ve ark. (1997; 2003) ile Solantaus ve ark. (2004) da yaptıkları müdahale çalışmasının bulgularında müdahalenin çocukların sorun davranışlarının azalmasında etkili olduğunu belirtmektedirler.

Uygulanan müdahale programı ile birlikte, annelerden elde edilen bilgilere göre çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarında önemli ölçüde azalma sağlanmış olsa da, “Kurallara Karşı Gelme” alanında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Bunun nedeni, depresyon tanısı alan annelerin tutarlı disiplin uygulamakta başarısız kalması ve çocuklarına uygun davranış eğitimi verememesi olabilir. Yapılan çalışmalar da, depresyon tanısı alan annelerin tutarlı disiplin uygulamakta ve uygun davranış eğitimi vermekte başarısız olduklarını, uygun pekiştiricileri veremediklerini ya da zamanlamada yetersiz kaldıklarını göstermektedir (Cummings ve Davies, 1994; Kaslow ve ark., 1994; Elgar ve ark., 2005).

IV. 1. 3. b. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Sonuçları: Babalardan Elde Edilen Bilgiler

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarına ilişkin olarak babalarının müdahale öncesinde ve sonrasında CBCL/6-18 ile yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde toplam problem, içe yönelim ve dışa yönelim puan ortalamalarının müdahale sonrasında düştüğü saptanmıştır. Alt testlerden “Somatik Yakınmalar” ve “Kurallara Karşı Gelme” alt testleri dışında diğer alt testlerde müdahale öncesi ve sonrası arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Babalardan elde edilen CBCL puan ortalamalarının da annelerden elde edilen ortalamalar gibi, müdahale sonrasında farklılaştığı görülmüştür. Babaların değerlendirmelerine göre, müdahale öncesi ve sonrası arasında “Somatik Yakınmalar” alt testinde anlamlı farklılaşma olmaması, babaların çocuklarının

somatik yakınmalarının farkında olmamasına bağlanabilir. Müdahale sürecinin tümüne babalar katılmadığı için çocuklardaki somatik yakınmalarla ilgili ipuçlarını fark edemedikleri söylenebilir. Öte yandan kurallara karşı gelme alt testinde farklılık olmaması da müdahale sürecinde kurallar, sınırlar ve disiplin gibi konulara yer verilmemesine bağlanabilir. Bu konulara müdahale süreci içinde ağırlık verilmesinin önemi ve gereği ortaya konmuştur.

Babalardan müdahale öncesi ve müdahale sonrası sağlanan veriler incelendiğinde, yapılan koruyucu-önleyici müdahalenin çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının azalmasında anlamlı bir etki yaptığı söylenebilir. Babaların bir kısmının müdahale programı devam ederken görevleri nedeniyle belirli bir süre ailelerinden uzak kalmalarına rağmen aile içindeki olumlu değişiklikleri gözledikleri belirlenmiş ve bu bulgu babalar tarafından da desteklenmiştir.

IV. 1. 3. c. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu Sonuçları: Öğretmen Değerlendirmesi

Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının sorun davranışlarına ilişkin olarak öğretmenlerinin müdahale öncesinde ve sonrasında TRF/6-18 ile yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde toplam problem, içyönelim ve dışyönelim puan ortalamalarının müdahale sonrasında düştüğü saptanmıştır. Müdahale öncesi ve TRSP il merkezi puan ortalamaları incelendiğinde, TRSP içyönelim sorunlarının ortalamalarının daha yüksek olmasına karşın dışa yönelim sorunları ile toplam problem puanı ortalamasının ise daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. Bölgesel

TRSP ve bu çalışmanın ortalamalarına bakıldığında ise içeyönelim puan ortalaması dışındaki ortalamaların TRSP’de daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda öğretmen değerlendirmelerine göre, depresyonda olan annelerin çocuklarının müdahale öncesinde duygusal ve davranışsal sorunları daha fazla sergiledikleri de söylenebilir. Depresyonda olan annelerin çocuklarının sadece ev yaşamlarında değil genel yaşam alanlarında da daha fazla sorun yaşamaları hiç de şaşırtıcı değildir. Depresyonda olan annelerin çocuklarının arkadaşlık ilişkilerinde, akademik alanlarda ve diğer yetişkinlerle kurdukları ilişkilerde sorun yaşadıklarını gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Hipwell ve ark., 2005; Godman ve ark., 1993; Jacob ve Johnson, 1997). Ayrıca, bu çocukların akademik yaşantılarını yarım bırakma ya da suça yönelme eğilimlerinin daha yüksek olduğunu gösteren izleme çalışmaları da mevcuttur (Maki ve ark., 2003).

Öğretmelerden elde edilen müdahale öncesi ve sonrası puan ortalamaları karşılaştırıldığında görülen farkın anlamlı ve müdahalenin etkili olduğu saptanmıştır. TRSP il merkezi ortalamalarıyla karşılaştığında bu çalışmada müdahale sonrasında elde edilen ortalamaların TRSP ortalamalarından oldukça düşük olduğu görülmektedir. Aynı düşüklük TRSP bölgesel ortalamaları için de geçerlidir. Bu çerçeveden bakıldığında, öğretmenlere göre, yapılan müdahale sonucunda depresyonda olan annelerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarının son derece azaldığı söylenebilir.

IV. 1. 3. d. 11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği Sonuçları

Depresyon tanısı alan annelerin 11-18 yaşlarındaki çocuklarının (15 çocuk) müdahale öncesinde ve sonrasında YSR/11-18 ile yaptıkları bildirimler değerlendirildiğinde toplam problem, içyönelim ve dışyönelim puan ortalamalarının müdahale sonrasında düştüğü saptanmıştır. Bununla birlikte, “Somatik Yakınmalar” ve “Kurallara Karşı Gelme” alt testlerinde müdahale öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. TRSP bulguları ile bu çalışmanın bulguları incelendiğinde, depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının hem müdahale öncesinde hem de müdahale sonrasında normal örneklemden çok daha fazla sorun bildirdikleri saptanmıştır. Öte yandan gençler, hem anne hem baba hem de öğretmenlerinden daha fazla sorun bildirmiştir. TRSP bulgularında da çocukların YSR puan ortalamaları ile CBCL ve TRF puan ortalamaları arasında benzer bir farklılık olduğu, YSR puanlarının CBCL ve TRF puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Yabancı yayınlarda da benzer sonuçlar vurgulanmaktadır (Achenbach, 1991; Verhulst, 1995 ve Achenbach ve Rescorla, 2003). Bu sonuçlar, genel olarak, gençlerin kendilerini anne-babalarının ve öğretmenlerinin algıladıklarından daha sorunlu olarak gördükleri şeklinde yorumlanabilir. Öte yandan, anne-baba ve öğretmenlerin çocuklar büyüdükçe onları daha az tanıdıkları ya da yaş ilerledikçe gençlerin kendilerini daha az ortaya koydukları şeklinde yorumlanabilir. Bunun nedeni, 11-18 yaşlarının ergenlik dönemini kapsamaması ve döneme özgü özellikler olabilir. Gençler, kimlik arayışıyla beraber kendilerini daha fazla sorgulamaya başlamakta ve kendileriyle ilgili

indirgeyici ya da abartılı değerlendirmeler yapabilmektedirler. Sorunlarını olduğundan daha fazlaymış gibi ele alabilmektedirler. Ayrıca, gençlerin risk alma davranışlarında da artış görüldüğü araştırmamalarla ortaya konmuştur (Orvin, 1997; Grant, 1999; Uğurtaş, 1999). Yorumlar ne olursa olsun, 11-18 yaş grubu bildirimlerindeki bu yükseklik, ergenlerin destek aradıklarını ve ruh sağlığı hizmetlerine çok büyük ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır. TRSP bulgularına göre, ergenlerde sorun davranışların görölme sıklığı hem sınır düzeyde hem de klinik düzeyde oldukça yüksek düzeyde saptanmıştır. Ayrıca, davranış ve duygusal sorunlarından dolayı yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmiş olmalarına rağmen gençlerin çok azı psikolojik sorunlarından dolayı çocuk ve gençlik ruh sağlığı merkezlerine başvurmuşlardır. Bu bulgu toplumumuzda sorunu olan gençlerin büyük bir kısmının yeterli desteği alamadığını ve ruh sağlığı alanında karşılanamamış bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Gençlerin kendilerinden elde edilen bilgiler incelendiğinde “Somatik Yakınmalar”, “Dikkat Sorunları” ve “Kurallara Karşı Gelme” alt testleri dışında tüm alt testler ile “Toplam Problem”, “İe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” puan ortalamalarında müdahale öncesi ve sonrası farkın anlamlı olduğu ve puanların düştüğü saptanmıştır. Bu bulgu, yapılan koruyucu-önleyici müdahale programının anneleri depresyon tanısı alan 11-18 yaşlarındaki çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, bu çalışmanın örnekleminde yer alan 11-18 yaş grubundaki çocukların puan ortalamalarının müdahale sonrasında bile TRSP puan ortalamalarından daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Koruyucu-önleyici bir müdahale programı yapılarak bu çocukların

duygusal ve davranışsal sorunlarında azalma sağlanmasına karşın normal değerlere kadar gerilemediği görülmektedir. Yapılan çalışmalar müdahale programlarının uzun dönemde etkisini gösterdiği yönündedir. Bu çalışma müdahalenin ilk aşamasını oluşturmaktadır. İzleme çalışması bize sonuçlarla ilgili daha ayrıntılı bilgi verecektir. Her ne kadar annelere, ilaç tedavisi ve “Aileyi Güçlendirici Destek Programı” uygulanmış olsa da çocuklar annelerinin depresyonuyla yaşamaya devam etmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda sorun davranışlar bir miktar devam etse de yapılan müdahale ile birlikte önemli ölçüde azalma olduğu söylenebilir.

“Somatik Yakınmalar” ve “Kurallara Karşı Gelme” alt testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamasının nedeni; ergenlik dönemine özgü yaşantılar olabileceği gibi annenin depresyondan etkilenen bakım verme tutum ve davranışları da olabilir. Yapılan çalışmalar, depresyon tanısı alan annelerin, tutarlı disiplin uygulamakta ve uygun davranış eğitimi vermekte yetersiz kaldıklarını göstermektedir (Cummings ve Davies, 1994; Kaslow ve ark., 1994; Elgar ve ark., 2005)

“Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın gençler üzerindeki olumlu etkisine ilişkin olarak şu örnek verilebilir: Çalışmada yer alan 14 yaşındaki bir genç kız depresyon tanısı almış ve ilaç tedavisi başlatılmıştır. Annesi ve abisiyle birlikte Erzurum’dan Ankara’ya taşınmış, babası ise görevi nedeniyle orada kalmıştır. Ankara’ya geldikten sonra yeni okuluna uyum sağlayamamış, arkadaş edinememiş, içe yönelim davranışları sergilemeye başlamış, okul başarısı düşmüştür. Annesiyle de yoğun çatışma içine girmiş, hayatıyla ilgili konuları onunla paylaşmamaya başlamıştır. Ankara’da kimsesi olmadığını, çok yalnız olduğunu ve bir arkadaşı

dışında kimseyle konuşamadığını söylemiştir. Bu durum yaklaşık olarak 5 ay kadar devam etmiştir. Annenin depresyon tanısı almasıyla birlikte aile programa alınmıştır. Ailenin 17 yaşındaki erkek çocuğu da müdahale sürecinde yer alırken; baba ölçekleri doldurup anneyle göndermiştir. Müdahale süreci içinde anne ve çocukların birbirleriyle iletişim kurmaları ve paylaşımına girmeleri desteklenmiştir. Anneyle, kızının ilgi alanları belirlenmiş ve kızını bu alanlara yönlendirmesi için anne cesaretlendirilmiştir. Müdahale süreci içinde kız bir kulübün voleybol antrenmanlarına gitmeye başlamıştır. Antrenörü iyi bir oyuncu olabileceğini söyleyerek antrenmanlara sürekli gelmesini söylemiştir. Burada arkadaş edinerek yavaş yavaş sosyal çevre oluşturmaya başlamıştır. Sinema, tiyatro gibi de etkinlikleri takip etmeye başlamıştır. Müdahale programı sona erdikten yaklaşık 5 ay sonra kendisi tekrar görülmüş ve doktoru tarafından ilacının dozu azaltılmıştır. Bu süre içinde hem antrenmanlarına devam ettiği kulüpte hem de okulunda voleybol takımına girmiştir. Arkadaşlar edinmiş, okul başarısını yükseltmiştir. Üç ay sonra kontrol için geldiğinde ilaç kesilmiştir. Nasıl olduğu sorulduğunda, “iyi olduğunu, hiç boş vaktinin olmadığını, aslında yorulduğunu ama yine de enerjisinin tükenmediğini, artık Ankara’yı sevdiğini, nasıl olup da günlerce hiç çıkmadan evde oturduğunu anlamadığını” söylemiştir. Annesiyle ilişkisi sorulduğunda ise, “*annem abimi daha çok seviyor diye düşünürdüm, onunla daha çok konuşurdu, ben de annemle konuşmazdım, ama artık annemle dolaşıyoruz, alışveriş yapıyoruz, hatta annem, ben ve arkadaşlarım birkaç kez kafeye bile gittik, beni ve annemi kıskandılar*” yanıtını vermiştir.

IV. 1. 4. Çocukların Tutumları

Çocukların anne depresyonunun etkilerinden korunmaları için, çocukların koruyucu faktörlerinin artırılması gerekmektedir. Depresyon tanısı alan annelerin olduğu ailelere yapılan müdahale ile çocukların koruyucu faktörleri ve bununla ilişkili olarak da dayanıklılıkları da artırılmıştır. Tüm bunların yanında çocukların sahip oldukları koruyucu faktörlerin farkına varmaları ve etkin bir şekilde kullanmaları sağlanmalıdır. Bu amaçla müdahalenin çocukların tutumları üzerindeki etkisi de incelenmiştir. Çocukların müdahale öncesi ve sonrası tutum puanları karşılaştırıldığında toplam tutum puan ortalamasının müdahale sonrasında yükseldiği saptanmıştır. Yapılan müdahale sonrasında çocukların anne-babaları, diğer yetişkinler ve akranlarıyla daha iyi iletişim kurdukları, aile ilişkilerinin iyileştiği, anne-babalarını daha iyi anladıkları belirlenmiştir. Ayrıca, projede yer almaya ilişkin düşünceleri de daha olumlu olmuştur. Elde edilen bu sonuçlar yapılan müdahalenin çocukların tutumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Beardslee (2002) de, depresyon tanısı alan çocukları için uygulanan koruyucu-önleyici müdahale programının çocukların tutumları üzerinde olumlu etki yarattığını belirtmektedir.

IV. 1. 5. Annelerin Tutum ve Davranışları:

Bu çalışmada, depresyon tanısı alan annelerin müdahale öncesindeki ve sonrasındaki tutum ve davranışları da değerlendirilmiştir. Bunun nedeni, depresyonun, bireyin genel tutum ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyen, işlevselliğini ve ilişkilerini bozan bir rahatsızlık olmasıdır. Yapılan müdahalenin

çocukların davranışsal ve duygusal sorunları üzerinde olumlu bir etki yapabilmesi, başta anneler olmak üzere ailelerin tutum ve davranışları üzerinde oluşturacağı olumlu değişikliklerle mümkündür. Müdahale öncesi ve sonrası annenin davranış ve tutumları incelendiğinde anlamlı bir düzelme olduğu saptanmıştır. Müdahale sonrasında, ailenin depresyon hakkında bilgilendirme, çocuklarla depresyon hakkında konuşma, aile içi iletişim, yeni başa çıkma becerileri geliştirme, çocuklar için yardım alma, ve işlevsellik düzeyleri gibi alanlarda davranış değişimi gösterdiği saptanmıştır. Anne davranış değişimi toplam puanı ortalaması müdahale sonrasında anlamlı düzeyde yükselmiştir.

Müdahale öncesindeki ve sonrasındaki tutumları incelendiğinde ise, müdahale sonrasında ailenin depresyonu kavrama, birbirlerinin duygularını anlayarak duygusal yakınlık kurma düzeyinin yükseldiği gösterilmiştir. Ayrıca, ailelerin risk faktörleri ve koruyucu faktörlere ilişkin farkındalıklarının arttığı, çocukları destekleme konusunda somut adımlar attıkları ve projeye ilişkin düşüncelerinde olumlu yönde tutum değişimi gösterdikleri saptanmıştır. Bunların yanı sıra genel endişe düzeylerinde de azalma olmuştur. Annenin tutum değişimi toplam puan ortalaması müdahale sonrasında anlamlı olarak yükselmiştir. Elde edilen bu sonuçlar yapılan müdahalenin annelerin tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Beardslee ve ark. da (1996, 2003), yaptıkları müdahale çalışmalarında, müdahalenin annelerin tutum ve davranışları üzerinde olumlu etki yaptığını ve uzun dönemde de etkisini sürdürdüğünü belirtmektedirler.

“Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın annelerin tutum ve davranışlarında oluşturduğu değişiklikleri yansıtan vakalardan birinde, aile 2005 mayıs ayında programa alınmıştır. Bu ailede, biri 9 diğeri 5 yaşında iki erkek çocuğu olan anne ilk kez depresyon tanısı almıştır. Anne müdahale öncesinde kendisiyle yapılan görüşmede, akrabalarının Ankara dışında olduğunu ve en yakın arkadaşının eşinin tayin edilmesi nedeniyle gittiğini, bu nedenle çevresinde konuşabileceği fazla kimse olmadığını, eşinin de kendisini dinlemediğini ve anlamadığını söylemiştir. Hatta depresyonunun nedeni olarak da eşini göstermiştir. Eşiyile olan tartışmalarından birinde eşine “*sen benim gönlümü küstürdün*” dediğini söylemiştir. Çocuklarından söz ederken, çocuklarına karşı kendini çok suçlu hissettiğini, onlarla ilgilenemediğini, yemeklerini bile yapmaya gücü olmadığını anlatmıştır. Küçük oğlunun doğuştan kalp ritmiyle ilgili bir rahatsızlığı olduğunu bu nedenle küçüklüğünden beri onun üstüne düştüğünü, fakat son zamanlarda gözünün onu bile görmediğini eklemiştir. Örnek olarak şu anlatımı yapmıştır: “*Ben bu çocuğa çok emek verdim. Geçenlerde tuz kabını boşaltıp içine şeker, şeker kabını da boşaltıp içine tuz koymuş. Artık beni cezalandırmak için mi yaptı bilmiyorum. Ben de yemek yaparken fark etmedim. Yemeğe tuz diye şeker koymuşum. Tadına bir baktım ki bal gibi olmuş. Zar zor yerimden kalkıp yapmıştım. Bir anda kendimi kaybettim dövdüm çocuğu. O kadar emek verdiğim çocuğu... Sonra da ne yaptım ben diye oturdum ağladım. O da benimle ağladı. Özür dilerim, bir daha yapmayacağım dedi. Ben daha çok ağlamaya başladım bu sefer. Aslında ikisi de çok iyi çocuklar. Bana yaranmak için ellerinden geleni yapıyorlar. Kendi kendilerine karınlarını doyuruyorlar, ben rahatsız olmayayım diye sessiz sedasız oynuyorlar. Ama ben yine de onlara bağırıyorum, bazen vuruyorum. Sonra da pişman olup ağlıyorum. Neden yapıyorum*”

ben de bilmiyorum.” Son müdahale görüşmesinde anne, eşiyile olan ilişkisini anlatırken, *“biz artık havalar iyiyse akşamları sık sık yürüyüşe çıkıyoruz, sohbet ediyoruz, gülüyoruz, ben söylemeden bana yardım ediyor, yemek yapamamışsam kalkıp bir şeyler hazırlıyor, kendimi kötü hissettiğimde beni dinliyor, birlikte ne yapalım diye düşünüyoruz, bazen konuşmaya devam ediyoruz bazen de çocukları komşulara bırakıp dolaşıyoruz”* demiştir. Çocuklarıyla ilgili olarak da, *“Beni üzgün gördüklerinde şebeklik yapıp beni güldürmeye çalışıyorlar. Kafamı dağıtmaya çalışıyorlar ama üstüme gelmiyorlar. Baktılar olmuyor, anne sen biraz dolaş, hava al diyorlar. Bazen birlikte çıkıyoruz bazen de oynasınlar diye dışarı bırakıyorum. Oynayıp geliyorlar. Ben de o arada bir şeylerle uğraşıyorum. Komşuya geçiyorum, tahtalarımınla uğraşıyorum”* söylemini yapmıştır. Anne, müdahale sürecinde, hobi edinmesi için de cesaretlendirilmiştir. Ahşap boyama kursuna başlayan anne, sonradan kendisiyle yapılan bir telefon görüşmesinde, *“sıkıldıkça bir şeyler boyadığımı ve bunun ona iyi geldiğini, ayrıca kurstaki arkadaşlarıyla sık sık dolaştıklarını, artık kendisini eve kapatmadığını”* belirtmiştir. Aynı annenin müdahale yapıldığı sırada 5 yaşında olduğu için araştırmanın çocuk örneklemine alınmayan oğlu 2006-2007 öğretim yılı itibariyle okula da başlamıştır. Öğretmeni okullar açıldıktan yaklaşık iki hafta sonra anneye, çocuğun çok hareketli olduğunu, sınıfta dolaştığını, sınıfta verilen dersleri yapmadığını ve söz dinlemediğini söylemiştir. Bunun üzerine anne, benimle görüştüğünden sonra çocuğun okula alışması için biraz beklemiştir. Bir ay kadar sonra, öğretmen çocuğun okula uyum sağladığını, biraz hareketli olduğunu ama artık kendisinden şikayetçi olmadığını anneye bildirmiştir. Fakat, anne artık bir şikayet olmamasına rağmen, hareketlilik ve dikkat sorununun ilerde çocuğun akademik yaşantısını engellememesi için erken dönemde

önlem almanın yararlı olacağını düşünmüştür. Bu nedenle, GATA Çocuk Ruh Sağ. ve Hast. AD. başvurmuştur. Bu başvurusu sırasında çocukla ilgili gerekli incelemeler yapıldıktan sonra bir sohbet çerçevesinde anneye görüşülmüştür. Bu görüşmede anne, *“Eskiden olsa artık öğretmen şikayet etmiyor diye boş verirdim. Ama artık bu tür şeyleri boş vermemek gerektiğini biliyorum. İhmal etmeyelim, bir sorun varsa şimdiden önlemini alalım dedim”* söyleminde bulunmuştur. Annenin, bu yaklaşımından doğru yerden ve uygun zamanda yardım almanın önemini fark ettiği düşünülmüştür. Anneye nasıl olduğu sorulduğunda ise; *“Çok şükür iyiyim, ilacımı değiştirdiler, dozunu da azalttılar, biraz daha kullanıp artık bırakacakmışım”* demiştir. Ayrıca, ahşap boyamaya devam ettiğini, çocuklarının okulunda okul-aile birliğinde çalıştığını da belirtmiştir. Baba da eşiyile ve ailesiyile ilgili olarak, *“O daha mutlu biz de mutluyuz, ama bir ara ikimiz de duvar gibiydik, boşa konuşuyorduk sanki, ne o beni dinliyordu ne ben onu dinliyordum. Şimdi konuşuyoruz, dinliyoruz, iletişim diyordunuz ya siz işte biz artık iletişim kuruyoruz. Çocuklarla da öyle. Sanki saksımız küçülmüştü, bize artık yetmiyordu, nereye gideceğimizi şaşırmıştık, şimdi daha büyük bir saksıya geçtik ve yapraklarımız yersizlikten sararmıyor artık”* söyleminde bulunmuştur.

IV. 2. Sınırlılıklar

Bu çalışmada, küçük bir örneklem grubuyla çalışılmış, o nedenle yaş ve cinsiyet değişkenlerinin ayırımına gidilmemiştir. Örneklem, orta sosyo-ekonomik düzeyi ve askeri personeli temsil etmektedir. Öte yandan, ağırlıklı olarak anne depresyonu ve depresyonun aile üzerindeki etkisi üzerine çalışılmıştır. Müdahale

öncesi ve sonrası değerlendirme ve müdahale tez yürütücüsü tarafından yapılmıştır. Araştırmanın bir başka sınırlılığı da, kontrol grubunun kullanılmamasıdır. Bu gibi sınırlılıklarının daha ileri çalışmalarda örneklemin genişletilmesi, farklı sosyo-ekonomik düzeylerden gelen ailelerin yer alması, askeri personel dışındaki bireylerle çalışılması, yaş ve cinsiyet değişkenlerine yer verilmesi, kontrol grubu kullanılması ve müdahale öncesi ve sonrası değerlendirmelerin bir başka kişi tarafından yapılması önerilmektedir. Çalışmanın tüm bu sınırlılıklarına rağmen en güçlü yanlarından biri, anne-baba, öğretmen ve çocuk gibi çoklu bilgi kaynaklarından bilgi elde edilmesidir. Böylece annenin depresyonundan kaynaklanabilecek yanlılık düzeyinin en aza indirgenmesine çalışılmıştır. Çalışmada, risk faktörleri ve koruyucu faktörler belirlenerek koruyucu faktörlerin artırılmasına çalışılmıştır. Aile üyelerinin yaşantılarından yola çıkılarak depresyon, depresyonun aile işleyişine ve ilişkilere etkisi, riskler ve dayanıklılık gibi konularda bilgi aktarımında bulunularak, ailenin tutum ve davranışlarının değişmesine katkıda bulunulmuştur. “Aileyi Güçlendirici Destek Programı” geliştirme, uygulama ve etkisini saptama boyutunda bir başlangıç çalışması olarak sonraki çalışmalara yol gösterici niteliktedir.

IV. 3. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde depresyonda olan annelerin çocuklarının davranışsal ve duygusal anlamda çeşitli sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Uygulamalar sonunda yapılan incelemeler, “Aileyi Güçlendirici Destek Programı”nın depresyon tanısı alan annelerin çocuklarının korunmasında etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, anne-baba ve çocuklardan elde edilen bilgiler

değerlendirildiğinde, yapılan müdahalenin “Kurallara Karşı Gelme” alanında anlamlı bir farka yol açmadığı saptanmıştır. Depresyon tanısı alan annelerin, çocuklarına sınır koymada ve uygun davranışları öğretmekte zorlanmaları davranım bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve anti-sosyal davranışlar gibi sorunlara zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle, çocuk gelişiminde önemli etkisi olan sınırlar, kurallar ve disiplin gibi konuların hazırlanmış olan koruyucu-önleyici müdahale programına eklenmesi yararlı olacaktır.

Bu araştırma, uygulanan koruyucu-önleyici müdahale programının etkisine ilişkin müdahale öncesi ve sonrası sonuçları yansıtmaktadır. Uzunlamasına izleme çalışmalarının yapılması, müdahalenin ileri dönemlerde etkililiği üzerinde daha ayrıntılı bilgi verecektir.

Bu çalışma, koruyucu faktörlere sahip çocukların risk faktörleri ile daha kolay baş edebildiklerini ve yaşamlarını fazla etkilenmeden sürdürebildiklerini göstermiştir. Anne-babaların hem kendilerinin hem de çocukların dayanıklılıklarını arttırarak güçlükler karşısında çözüm arayışlarına gitmelerinin önemi ortaya konmuştur. Bu nedenle, anne-babaların, çocuklarının koruyucu faktörler geliştirmelerini desteklemeleri yararlı olacaktır.

“Aileyi Destekleyici Müdahale Programı”nın yaygınlaştırılmasına yönelik olarak, uygulayıcılara gerekli eğitimlerin verilmesi, uygulama kitaplarının hazırlanarak müdahaleyi yapacak olan kişilere kaynak sağlanması, ailelere yönelik olarak çeşitli broşürlerin ya da kitapçıkların hazırlanması yararlı olacaktır. Böylece

ruh sağlığı hizmeti veren kurumlara yönelik bir yaygınlaştırma söz konusu olabilir. Bunun yapılmasıyla birlikte erişkin ve ocuk ruh sağlığı birimlerinin etkin bir şekilde ortak çalışabileceği bir alan daha hayata geçirilmiş olacaktır.

Bu araştırmanın yol gösterdiği bir başka önemli nokta da, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olan anne-babaların çocuklarının da risk altında oldukları ve korunmaları gerektiğidir. Dolayısıyla diğer psikolojik rahatsızlıklara yönelik olarak da benzer programların hazırlanması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Öte yandan, farklı müdahale yöntemleri geliştirilmeli ve birbirleriyle karşılaştırılmalıdır.

Depresyon gibi bir konu üzerine uzun süreli çalışmak konuyla ilgili bir uzmanın bile depresyonla ilgili çeşitli belirtiler göstermesine ve hatta depresyon tanısı almasına neden olabilmektedir. Bu nedenle birlikte çalışacak bir ekibin varlığı ve belirli zamanlarda meslektaş dayanışması toplantılarının yapılması hem sürecin daha iyi işlemesini hem de uygulayıcı uzmanların da korunmasını sağlayacaktır.

ÖZET

Depresyon tanısı alan annelerin çocukları, depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıklar açısından risk altındadırlar. Sorunun önemine rağmen, anne-babalar ve çocukları psikolojik sorunları nedeniyle uygun yardımı alamamaktadırlar.

Bu çalışmanın amacı, depresyon tanısı alan anne-babaları ve çocuklarını depresyon ile ilgili bilgilendirmek, depresyonun çocuklar ve aile üzerindeki olası etkilerine ilişkin farkındalığını arttırmak ve depresyonla başa çıkma yollarını öğrenmelerine yardımcı olarak, çocukları ruhsal bozukluk risklerinden korumaktır. Çalışmanın örneklemini, Kasım 2004-Mart 2006 tarihleri arasında Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve klinik olarak DSM-IV kriterleri doğrultusunda depresyon tanısı alan 15 kadın, eşleri ve 7-18 yaşları arasındaki çocukları oluşturmuştur.

Programın etkisini belirlemek üzere “6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)”, “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu (TRF/6-18)” ve “11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18)” kullanılmıştır. Çocukların ve ailelerin karşılaştıkları risk faktörlerini ve dayanıklılıklarını oluşturan faktörleri belirlemek üzere “Psikososyal Risk ve Koruyucu Faktörler Formları” kullanılmıştır. Annelerin depresyon düzeyleri, klinik görüşme, DSM-IV tanı kriterleri ve “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)” ile değerlendirilmiştir. Davranış ve tutumlardaki değişiklikler ise görüşme puanlama ölçekleri ile incelenmiştir.

Programın etkisini belirlemek amacıyla müdahale öncesinde ve sonrasında uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler arasında farklılık olup olmadığı Wilcoxon İşaretli Sıra(lar) Testi kullanılarak belirlenmiştir.

Çoklu kaynaklardan sağlanan verilerin analizi, CBCL ve YSR Okul alt testinde müdahale öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını, diğer yeterlik alanlarında ise müdahale sonrasında anlamlı bir artış olduğunu göstermiştir. TRF’de okul ve uyumla ilgili beş işlevin puanları incelendiğinde, müdahale öncesi ve sonrası arasında Okul Başarısı ve Uygun Davranma’da artış saptanırken Çok Çalışma, Öğrenme ve Mutlu Olma alt ölçeklerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her üç ölçekte yer alan Toplam Yeterlik, Sosyallik ve Aktivitelerdeki puan ortalamalarındaki artış koruyucu faktörler olarak saptanmıştır. CBCL, TRF ve YSR belirti ölçeklerinin toplam problem puan ortalamaları ile İçeyönelim ve Dışayönelim ölçeklerinde müdahale sonrasında anlamlı bir düşüş saptanmıştır. Ancak CBCL ve YSR de, müdahale sonrasında Kurallara Karşı Gelme alt testinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Öte yandan, programın ailelerin tutum ve davranışları üzerinde olumlu etki yaptığı da saptanmıştır. Anne-babaların yeterlik düzeyleri artarken, çocukların duygusal ve davranışsal sorunları azalmıştır. Müdahale sonrasında, ailelerin depresyon hakkında bilgilenme, çocuklarla depresyon hakkında konuşma, aile içi iletişim, yeni başa çıkma becerileri geliştirme ve çocuklar için zamanında yardım alma gibi alanlarda davranış değişimi gösterdiği saptanmıştır. Müdahale sonrasında ailenin depresyonu kavrama, birbirlerinin duygularını anlayarak duygusal yakınlık kurma düzeyi yükselmiştir. Ayrıca, aileyi koruyucu faktörlerin gelişmesiyle birlikte bu evlerdeki çocukların maruz kaldığı riskler de azalmıştır.

ABSTRACT

Children of depressed parents have been identified as a population at high risk for a variety of emotional problems, including depression and other forms of psychopathology. Despite the importance of the problem, neither parents nor their children receive adequate help for their psychological suffering.

The aim of this study is to prevent children's risks of mental disorder by informing depressed parents about their depression, and potential impact of their functioning on their children and helping them learn ways to cope with the depression. The sample consisted of 15 mothers who met DSM-IV criteria for depression consecutively referred to the department of the Psychiatry, at Gülhane Military Medical Academy between November 2004-March 2006, with their husbands and children aged 7 to 18 years

“Child Behavior Checklist For Ages 6-18 (CBCL/6-18)”, *“Teacher’s Report Form For Ages 6-18 (TRF/6-18)”* and *“Youth Self-Report For Ages 11-18 (YSR/11-18)”* were used in order to evaluate the efficacy of the program. *“Psychosocial Risk and Protective Factor Forms”* were used to determine the risk factors that children are exposed to and the factors contributing to resilience. Maternal depression were evaluated by clinical interview, DSM-IV criteria for depression and *“Hamilton Depression Rating Scale”*. Changes in behavior and attitudes were examined through the interviewer–rating scales.

The difference between pre and post-intervention was examined with the Wilcoxon Sign(ed)-Rank(s) Test to determine the efficacy of the program.

Analysis of data from multiple sources displayed that, the mean total competence scales showed a significant increase after the intervention whereas on CBCL and YSR no significant difference were found on School scale between pre and post interventions. Scores on five academic and adaptive functioning of TRF there was an increase on Academic Performance and Behaving Appropriately whereas on three scales Working Hard, Learning and Happy no significant increase were obtained between pre and post intervention. The mean total problem scores of CBCL, TRF and YSR syndrome scales and the Internalizing and Externalizing scales showed a significant decrease after the intervention. No significant difference were obtained on the Rule-Breaking Behavior from multiple sources after the intervention. This finding indicates that rules, disciplinary techniques could be added to the intervention program. Moreover, positive effects of the program on family attitudes and behaviors were established. The more competence level of the parents increased, the less emotional and behavioral problems exists in the children. After intervention, families showed behavior changes in gathering information about depression, talking with their children about depression, enhancing inter-family communication, developing new coping strategies, taking help for children in time. For example; families' levels of understanding depression and set up closeness by realizing each others emotions increased following intervention. Additionally, through promoting family protective factors the risks to children in these homes would decrease.

KAYNAKLAR

Achenbach, T. M. (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

Achenbach, T. M. (1991b). Manual for The Teacher's Report Form and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

Achenbach, T. M. (1991c). Manual for The Youth Self-Report and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

Achenbach, T. M., ve Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Akçakın, M., (1983). *Çocuklar ve anababalarının psikiyatrik belirtiler yönünden incelenmesi*, Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı.

Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N. ve Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4, 251-259.

Akdemir, A., Türkçapar, H., Örsel, S., Demirergi, N., Dağ, İ., ve Özbay, H. (2001). Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 42. (2), 161-165.

Akman, S. (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 34-35, (10), 40-55.

Aksakoğlu, G. (2001). Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir.

Aslan, S. H., Aslan, O. ve Alpaslan, Z. N. (1998). Annedeki süreğen depresyonun çocuktaki depresyon ve kaygı düzeylerine etkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1. (9), 32-37.

Atkinson, L. P., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H. ve Gugerr, S. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychological Review*, 20, 1019-1040.

Baumann, B. L., Pelham, W. E., Lang, A. R., Jacob, R. G. ve Blumenthal, J. D. (2004). The impact of maternal depressive symptomatology on ratings of children with ADHD and child confederates. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 12 (2), 90-98.

- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Rothberg, P. C., Salt, P. ve Versage, E. M. (1996). Response of two preventive intervention strategies: long term differences in behavior and attitude change. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 35. (11), 774-782.
- Beardslee, W. R., Salt, P., Versage, E. M., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. ve Rothberg, P. C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *The American Journal of Psychiatry*. 154. (4), 510-515.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M. ve Gladstone, T. R. G. (1998a) Children of affectively ill parents: a review of the past ten years. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 37 (11), 1134-1141.
- Beardslee, W. R., Swatling, S., Hoke, L., rothberg, P. C., Van de Valde, P., Focht, L. ve Podorefsky, D. (1998b). From cognitive information to shared meaning: healing principles in prevention intervention. *Psychiatry*. 61. 112-129.
- Beardslee, W. R. (2002). Out of the darkened room. when a parent is depressed: protecting the children and strengthening the family. Little, Brown and Company: USA.

- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. ve Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112. (2), 119-131.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing Research*, 44, 296-304.
- Beck, C. T. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 623-629.
- Compas, B. E., Langrock, A. M., Keller, G., Merchant, M. J. ve Copeland, M. E. (2002). Children coping with parental depression: Process of adaptation to family stres. *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Goodman S. H. ve Gotlib I. H. (Ed.), Wahington, DC, US: American Psychological Association.
- Conrad, M. ve Hammen, C. (1989). Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 57, (663-667)
- Cummings, E. M. ve Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychhiatry*, 35, 73-112.

Davison, G. C. ve Neale, J.M. (1998). *Abnormal Psychology*. 7th ed. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26 (1), 3-6

Downey, G. ve Coyne. J. C. (1990) Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 50-76.

Dümenci, L., Erol, N., Achenbach, T. M. ve Şimşek, Z. (2004). Measurement structure of the Turkish translation of the child behavior checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (3), 335-340.

Elçi, N., Rodopman-Arkman, A., Sabuncuoğlu, O., Karaman, G., Karabekiroğlu, K. ve Berkem, M. (2003). Okul reddi olan anksiyöz çocuklar ve annelerinde gözlenen psikiyatrik belirtiler. *13. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi: 7-9 Mart 2003 Program ve Bildiri Özetleri Kitabı*, 57.

Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewaart, S. H. ve Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.

Ensminger, M. E., Hanson, S. H., Riley, A. W. ve Juon, H. (2003). Maternal psychological distress: adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 42 (9), 1108-1115.

Erol, N., Arslan, B. L., Akçakın, M (1995). The adaptation and Standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 Year-Old Turkish Children. In J Sergeant (ed.), Eunethydis: *European Approaches to Hyperkinetic Disorder*. Zurich: Fotoratar. 97-113.

Erol, N. ve Şimşek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: Yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. N. Erol, C. Kılıç, , M. Ulusoy, M. Keçeci, ve Z. Şimşek (ed.). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd.Şti., 25-75, Ankara.*

Erol, N. ve Şimşek, Z. (2000). Mental Health of Turkish Children: Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents, Teachers and Adolescents. In N. Singh, J P Leung, A N Singh (eds.), *International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health*. Elsevier Science Ltd. 223-247.

Erol, N. (2004a). "Preventive intervention with the children of depressed parents" programı yetişkin materyallerinin Türkçe çevirisi. Yayınlamamış çeviri çalışması.

Erol, N. (2004a). “Preventive intervention with the children of depressed parents” programı çocuk ve ergen materyallerinin Türkçe çevirisi. Yayınlanmamış çeviri çalışması.

Erol, N. ve Gökçe, F. S. (2004a). “Preventive intervention with the children of depressed parents” programı yetişkin materyallerinin Türkiye uyarlanması, Yayınlanmamış uyarlama çalışması.

Erol, N. ve Gökçe, F. S. (2004b). “Preventive intervention with the children of depressed parents” programı çocuk ve ergen materyallerinin Türkiye uyarlanması. Yayınlanmamış uyarlama çalışması.

Erol, N. ve Gökçe, F. S. (2004b). Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarında psikososyal risk faktörlerini değerlendirmeye yönelik risk belirleme çalışması. Yayınlanmamış tarama çalışması.

Erol, N. ve Gökçe, F. S. (2004b). Depresyon tanısı alan annelerin çocuklarında koruyucu faktörleri değerlendirmeye yönelik dayanıklılığı geliştiren faktörleri belirleme çalışması. Yayınlanmamış tarama çalışması.

Fendrich, M., Warner, V. ve Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26 (1), 40-50.

- Fendrich, M., Weissman, M. M. ve Warner, V. (1991). Longitudinal assessment of major depression and anxiety disorders in children. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 67-74.
- Frankel, K. A., Lindahl, K. ve Harmon, R. J. (1992). Preschoolers Response to maternal depression and emotional availability. *Infant Mental Health Journal*, 13 (2), 132-146.
- Garber J. ve Little, S. (1999.). Predictors of competence among offspring of depressed mothers. *Journal of Adolescent Research*, 14 (1), 44-71.
- Garber, J. ve Martin, N. C. (2002). Negative cognitions in offspring of depressed parents. S. H. Goodman ve I. H. Gotlib (Ed.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (121-153). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Garber, J. ve Robinson, N. S. (1997). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Cognitions and Emotions*, 11, 619-635.
- Gartstein, M. A. ve Sheeber, L. (2004). Child behavior problems and maternal symptoms of depression: a mediational model. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (4), 141-150.
- Gelfand D. M. ve Teti. D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.

Gladstone, T. R. G. ve Beardslee, W. R. (2002). Treatment, intervention, and prevention with children of depressed parents: A developmental perspective. *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Goodman S. H. ve Gotlib I. H. (Ed.), Washington, DC, US: American Psychological Association.

Goodman, S. H., Brogan, D., Lynch, M. E. ve Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*, 64, (516-531).

Goodman, S. H. ve Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3). 458-490.

Goodman, S. H. ve Gotlib, I. H. (2002). Transmission of risk to children of depressed parents: Integration and conclusions. *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Goodman S. H. ve Gotlib I. H. (Ed.), Washington, DC, US: American Psychological Association.

Gökler, B. (1985). Nevrotik kadın hastaların ilkökul çağındaki çocuklarının ruhsal belirtiler yönünden değerlendirilmesi. *Psikoloji Dergisi*, 5 (18). 31-37.

Grant, W. (1999). *13-19 yaşları arasındaki gençler*. Ş. Küçükakal (Çev.). Ankara: HYB Yayıncılık.

- Grillon, C., Warner, V., Hille, J., Merikangas, R. K., Bruder, E. G., Tenke, E. C., Nomura, Y., Leite, P. ve Weissman, M. M. (2005). Families at high and low risk for depression: *Biological Psychiatry*,
- Hammen, C., Gordon, D., burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C. ve Hiroto, D. (1987). Maternal affective disorders, illness, and stres: Risk for children's psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 736-741.
- Hammen, C. (1999). Children of affectively ill parents. *Risk and outcomes in developmental psychology*. Steinhausen, H. C. ve Verhulst, F. C. (Ed.), New York: Oxford University Press..
- Hammen, C., Brennan, P. Shih, J. H. (2004). Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 43 (8), 994-1002.
- Hay, D. F. ve Pawlby, S. (2003). Prosocial development in relation to children2s and mothers' psychological problems. *Child Development*, 74 (5), 1314-1327.
- Herring, M. ve Kaslow, N. J. (2002). Depression and attachment in families: a child-focused perspective. *Family Process*, 41 (3), 194-518.

- Herwig, J. E., Wirtz, M. Bengel, J. (2004). Depression, partnership, social support, and parenting: Interaction of maternal factors with behavioral problems of the child. *Journal of Affective Disorders*, 80, 199-208.
- Hipwell, A. E., Murray, L., Ducournau, P. ve Stein, A. (2005). The effects of maternal depression and parental conflict on children's peer play. *Child: Care, Health & Development* 31, (1), 11-23.
- Jacob, T. ve Jameson, S. L. (1997). Parent-child interaction among depressed mothers and fathers: impact on child functioning. *Journal of Family Psychology*. 11, (4), 391-409.
- Jameson, P. B., Gelfand, D., Kulcsar, E. ve Teti, D. (1997). Mother-toddler interaction patterns associated with maternal depression. *Development and Psychopathology*, 537-550.
- Kaslow, N. J., Deering, C. G. ve Racusin, G. R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychology Review*, 14 (1), 39-59.
- Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalık yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. N. Erol, C. Kılıç, , M. Ulusoy, M. Keçeci, ve Z. Şimşek (ed.). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd.Şti., 77-93, Ankara.

- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. ve Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 62 (2), 173-181.
- Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stilwell, J., Welsh, C. J. ve Radke-Yarrow, M. (1999). Suicidal ideation and attempts: A longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 38 (6), 651-659.
- Köroğlu, E. (1997). Majör depresif bozukluk. Ed. Güleç, C. ve Köroğlu, E. *Psikiyatri temel kitabı*. (389-422). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kurstjens, S. ve Wolke, D. (2001). Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 623-636.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. ve Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592.
- Luoma, I., Kaukonen, P., Mantymaa, M., Puura, K., tamminen, T. ve Salmelin, R. (2004). A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (1), 37-53.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for futureworks. *Child Development, 71* (3), 543-562.
- Maki, P., Veijola, J., Rasanen, P., Joukamaa, M., Valonen, P., Jokelainen, J. ve Isohanni, M. (2003). Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: a 33-year follow up of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Journal of Affective Disorders, 74*, 273-278.
- Masten, A. S., Best, K. M. ve Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development & Psychopathology, 2*, 425-444.
- McCauley-Ohannessian C., Hessebrock, V. M., Kramer, J. Kuperman, S., Bucholz, K. K., Schuckit, M. A. ve Nurnberger, J. I. (2005). The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: an examination of gender paterns. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13* (2), 67-76.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. ve Cooper, P. (1997). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes. *Child Development, 67*, 2512-2526.

- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocque, R. ve Anderssen M. J. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (5), 592-602.
- Orvin, G. H. (1997) *Ergenlik çağındaki çocuğunuzu anlamanın yolları*. A. Güran (Çev.). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Öç, Ö. Y., Şişmanlar, Ş. G., Ağaoğlu, B., Tural, Ü. ve Önder, E. (2003) Ruhsal hastalığı olan anne babaların çocuklarındaki ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi: bir ön çalışma. 13. *Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi: 7-9 Mart 2003 Program ve Bildiri Özetleri Kitabı*, 87.
- Öztürk, O. (1997). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara. Hekimler Yayın Birliği
- Radke-Yarrow, M. ve Klimes-Dougan, B. (1997). Children of depressed mothers: a developmental and interactional perspective. *Developmental Psychopathology: Perspectives on Adjustment, Risk, and Disorder*. Luthar, S. S., Burack, J. A., Cicchetti, D. ve Weisz, J. R. (Ed.), Cambridge University Press. United States of America.
- Radke-Yarrow, M. (1998). *Children of depressed mothers*, United States of America: Cambridge University Press.

Rice, P. L. (1999). *Stres and health*. USA. Brooks/Cole Publishing Company.

Richters, J. ve Pellegrini, D. (1989). Depressed mothers' judgements about their children. An examination of the depression-distortion hypothesis. *Child Development*, 60, 1068-1075.

Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: a critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112 (3), 485-499.

Schultz, D. (1990). *Theories of personality*. USA: Brooks/Cole Publishing Center

Sheeber, L., Davis, B. ve Hops, H. (2002). Gender-specific vulnerability to depression in children of depressed mothers. *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Goodman S. H. ve Gotlib I. H. (Ed.), Wahington, DC, US: American Psychological Association.

Sheppard, M. (2002). Depressed mothers' experience of partnerhip in child and family care. *British Journal of Social Work*, 32, 93-112.

Silberg, J. ve Rutter, M. (2002). Nature-nurture interplay in the risks associated with parental depression. *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Goodman S. H. ve Gotlib I. H. (Ed.), Wahington, DC, US: American Psychological Association.

- Smeroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A. Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. *Child Development, 64*, 80-97.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R-L. ve Beardslee, W.R. (2002a). Children's responses to low parental mood I: Balancing between active empathy, overinvolvement, indifference and avoidance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(3), 278-286.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R-L. ve Beardslee, W.R. (2002b). Children's responses to low parental mood II: Associations with family perceptions of parenting styles and child distress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(3), 287-295.
- Solantaus, T., Alasuutari, M., Toikka, S., Malmelin, J. ve Sipila, M. (2004). Caring for the children of the mentally ill experience of the Beardslee family and the let's talk about children (parent) interventions: a randomized controlled study. *16. World Congress of the International Association for Children and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 22-26 Augustos 2004, Berlin.*
- Tan, S. Rey, J. (2005). Depression in young, parental depression and parenting stress. *Australasian Psychiatry, 13* (1), 76-79.

Tebes, J. K. ve Irish, J. T. (2000). Promoting resilience among sandwiched generation caregiving women through caregiver mutual help. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20, 139-158.

Tebes, J. K., Kaufman, J. S., Adnopoz, J. ve Racusin, G. (2001). Resilience and family psychosocial Processes among children of parents with serious mental disorders. *Journal of Child and Family studies*, 10,(1), 115-136.

Toros, F., Bilgin, N. G., Buğdaycı, R., Şaşmaz, T. ve Çamdeviren, H. (2003). Çocuk ve ergenlerde intihar girişiminde ailesel risk faktörleri. 13. *Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi: 7-9 Mart 2003 Program ve Bildiri Özetleri Kitabı*, 41.

Uğurtaş, F. S. (1999). *Kısa semptom envanteri: Ergenler için kullanımı*. Yayınlanmamış lisans bitirme tezi, Ankara Üniversitesi DTCE Psikoloji Bölümü, Ankara.

Wagner, K. D. (2002). Children of depressed parents. *Psychiatric times*, 19 (7), 16-18

Warner, V. Weissman, M. M., Mufson, L., Wickramaratne, P. (1999). Grandparents, parents and grandchildren at high risk for depression: a three-generation study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (3), 289-296.

- Warner, V., Weissman, M. M., Wickramaratne, P. J. ve Moreau, D. (1992). The course of major depression in the offspring of depressed parents: incidence, recurrence, recovery. *Archives of General Psychiatry*, 49, 797-801.
- Weissman, M. M., John, K., Merikangas, K. R., Prusoff, B. A., Wickramaratne, P. J., Gammon, G. D. Angold, A. ve Warner, V. (1986). Depressed parents and their children: general health, social and psychiatric problems. *AJDC*. 140. 801-805.
- Weissman, M. M., Fendrich, M., Warner, V. ve Wickramaratne, P. J. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 640-648.
- Weissman, M. M., Feder, A., Pilowsky, J. D., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., Lantigua, R., Gameroff, M. J. ve Shea, S. (2004). Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective Disorders*, 78, 93-100.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, J. D., Grillon, C. ve Bruder, G. (2005). Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62 (1), 29-36.

Wickramaratne, P. J. ve Weissman, M. M. (1998). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (9), (933-942).

Whiffen, V. E., Kerr, M. A. ve Kallos-Lilly, V. (2005). Maternal depression, adult attachment, and children's emotional distress. *Family Process*, 44 (1), 93-103.

WHO. (2006). Depression.

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Wright, C. A., Thomas P., G., Burke, R. Gelfand, D. M. ve Teti, D. M. (2000). Early maternal depression and children's adjustment to school. *Child Study Journal*, 30 (3). 153-169.

Van Doesum, K. T. M., Hosman; C. M. H. ve Riksen-Walraven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26 (2), 157-176.

Yalın, A., Temüroğlu, Y., Erden, G., Erman, H., Ergene, T., Levent, B., Eroğlu, Ç. ve Kaya, N. (2002). Zorlu yaşam olayları ve etkileri. MEB-UNICEF psikososyal okul projesi. Ankara. Kuban Matbaacılık.

Yüksel, N. ve Karakaş, S. (2002). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği. *Klinik Psikiyatri*, 2, 257-265.

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Tarih: _____

A. Çocuğun Adı-Soyadı: _____ Doğum tarihi: _____ Yaşı: _____
Cinsiyeti: K ___ E ___ Okulu: _____ Sınıfı: _____
Adres: _____

B. Annenin Adı-Soyadı: _____ Doğum tarihi: _____ Yaşı: _____
Adresi: (eğer çocuğunkinden farklıysa) _____
İş Telefonu: _____ Mesleği: _____ Eğitim Düzeyi: _____
Annenin kaçınıcı evliliği: _____ (İlk evliliği ise doğrudan "D" bölümüne geçiniz)
Önceki evliliğinden (evliliklerinden) olan çocuk sayısı: _____ Çocuklar kiminle yaşıyor? Anne: ___ Baba: ___
(Çocuklar anne ile yaşıyorsa "D" bölümünde belirtiniz)

C. Babanın Adı-Soyadı: _____ Doğum tarihi: _____ Yaşı: _____
Adresi: (eğer çocuğunkinden farklıysa) _____
İş Telefonu: _____ Mesleği: _____ Eğitim Düzeyi: _____
Babanın kaçınıcı evliliği: _____ (İlk evliliği ise doğrudan "D" bölümüne geçiniz)
Önceki evliliğinden (evliliklerinden) olan çocuk sayısı: _____ Çocuklar kiminle yaşıyor? Anne: ___ Baba: ___
(Çocuklar baba ile yaşıyorsa "D" bölümünde belirtiniz)

D. Anne-babadan başka çocukla beraber aynı evde yaşayan yetişkin ve çocuklar:
İsim Yaş Cinsiyet Çocuğa yakınlığı

Çocukla aynı evde olmayan kardeşler:

İsim (Öz-üvey belirtiniz) Yaş: Cinsiyet Nerede yaşadığı Çocuğu görme sıklığı

E. Çocuk bakımı düzenlemesi: Anne-baba dışında düzenli olarak çocuğun bakımını üstlenen kişi/kişiler var mı?
Evet ___ Hayır ___ (Yanıtınız "Hayır" ise doğrudan F bölümüne geçiniz.)
Çocuğun evinde bakıcı kadın (Haftada kaç saat ___) ___ Çocuğun evinde bakıcı kadın (Haftada kaç saat ___)
Kreş veya anaokulu (Haftada kaç saat ___) ___ Anneanne, babaanne, teyze vb akrabalar (Haftada kaç saat ___)

F. Çocuğunuzun sizi en çok kaygılandıran özellikleri nelerdir? _____

Bu sorunlar ne zamandan beri mevcut? _____

Daha önce her hangi bir yere başvurduunuz mu? ___ Hayır ___ Evet-Nereye ve ne zaman? _____

G. Annenin gebelik öyküsü ve çocuğun tıbbi öyküsü:

	Hayır	Evet	Lütfen açıklayınız
1. a) Şimdiye kadar anne hiç düşük yaptı mı?	_____	_____	_____
b) Ölü doğum var mı?	_____	_____	_____
c) Herhangi bir nedenle ölen çocuğunuz oldu mu?	_____	_____	_____
d) Annenin bu çocuğa gebeliği sırasında tıbbi sorunlar oldu mu? (kanama, şeker, enfeksiyon, yüksek tansiyon, nöbetler, aşırı kilo alma yaralanma ameliyat vb)	_____	_____	_____
2. Gebelik sırasında ilaç kullanımı oldu mu?	_____	_____	_____
3. Anne gebelik sırasında alkol, sigara veya uyuşturucu kullandı mı?	_____	_____	_____
4. Gebelik süresince her hangi bir sorun oldu	_____	_____	_____

mu? (evlilik, iş, maddi güçlükler, yaşam koşulları, vb)

	Hayır	Evet	Lütfen açıklayınız
5. Doğum eylemi ve doğum anında herhangi bir sorun oldu mu? (uzamış eylem, kanama, makat gelişi vb)	_____	_____	_____
6. Çocuk zamanından önce mi doğdu? (prematüre miydi)	_____	_____	_____
7. Doğum ağırlığı: _____kilo _____gram			
8. Yenidoğan veya süt çocukluğu döneminde herhangi bir sorun oldu mu? (mor doğum, doğumsal kusurlar, sarılık, nöbetler, enfeksiyonlar, yaralanmalar, beslenme ve uyku sorunları vb)	_____	_____	_____
9. Bir bebek olarak çocuğunuzun bakımı zor muydu?	_____	_____	_____
10. Çocuğun alerjisi var mıydı? (toz, polen vb.)	_____	_____	_____
11. Lütfen bütün ciddi hastalık, kaza, ameliyat, özürlü ve yinelenen tıbbi sorunları tanımlayınız. (kulak iltihabı, baş ağrısı gibi)			
Sorunların tanımı	Yaş	Tedavi	Doktor
Kurum			

	Hayır	Evet	Lütfen açıklayınız
12. Çocuğun sağlığı ile ilgili herhangi bir şey sizi kaygılandırdı mı?	_____	_____	_____
13. a) Şu anda herhangi bir nedenle çocuk herhangi bir tedavi alıyor mu?	_____	_____	_____
İlacın ismi	Dozu	Amacı	Etkisi (yan etkileri dahil)
			Doktor

H. Çocuğun Gelişim Öyküsü

	Hayır	Evet	Lütfen Açıklayınız
1. Gelişim sırasında herhangi bir sorun saptandı mı?	_____	_____	_____
2. Aşağıdaki maddelerden herhangi birinde gelişim zor ya da yavaş oldu mu?			
a) Yürüme	_____	_____	_____
b) Konuşma	_____	_____	_____
c) "Kaka"	_____	_____	_____
d) "Çiş"	_____	_____	_____
e) Gece kuru kalma	_____	_____	_____
f) Yazı yazma	_____	_____	_____
g) Okuma	_____	_____	_____
h) Bisiklete binme	_____	_____	_____
i) Ayakkabı bağlama	_____	_____	_____
3. Aşağıdaki alanlarda zorluk çıktı mı?			
a) Disiplin	_____	_____	_____
b) Öfke Kontrolü	_____	_____	_____
c) Duygu durumu	_____	_____	_____
d) Diğer kişilerle ilişkiler	_____	_____	_____
e) Cinsel oyunlar	_____	_____	_____
f) Diğer davranışlar	_____	_____	_____

İ. Aile Öyküsü: Çocuğun akrabalarından herhangi birinde aşağıda belirtilen maddelerden herhangi biri var mıdır? Eğer varsa bu kişi ile çocuğun yakınlığını belirtiniz.

	Hayır	Evet	Çocuğa yakınlığı	Lütfen açıklayınız
1. Nöbet, sara, zayıflık ve benzeri ...nörolojik hastalıklar	_____	_____	_____	_____
2. Şeker hastalığı, tiroid hastalığı, kalp hastalığı gibi tıbbi hastalıklar	_____	_____	_____	_____
3. Şizofreni, manik-depresif dönemler gibi akıl hastalıkları	_____	_____	_____	_____
4. Zeka geriliği	_____	_____	_____	_____
5. Öğrenme güçlükleri	_____	_____	_____	_____
6. Davranış sorunları	_____	_____	_____	_____
7. Aşırı alkol kullanımı	_____	_____	_____	_____
8. Aşırı madde kullanımı	_____	_____	_____	_____
9. Yasalarla ve suçla ilgili sorunlar	_____	_____	_____	_____
10. Bir iş sahibi olmakta sorun	_____	_____	_____	_____
11. İntihar davranışı	_____	_____	_____	_____

J. Son Zamanlardaki Yaşam Koşulları

	Hayır	Evet	Lütfen açıklayınız
1. Son zamanlarda evlilik yaşantınızdan memnun musunuz?	_____	_____	_____
2. Son zamanlarda iş durumunuzdan memnun musunuz?	_____	_____	_____
3. Son zamanlarda yaşam koşullarınızdan memnun musunuz?	_____	_____	_____
4. Ailenizden herhangi biri bir psikolog, psikiyatrist ya da başka bir ruh sağlığı çalışanına gidiyor mu?	_____	_____	_____
5. Yakın zamanda yaşam koşullarınızda ya da ailenizde büyük çaplı bir değişim veya bir sıkıntı oldu mu? (kaza, fiziksel ya da cinsel saldırı, depresyon, sel felaketi vb.)	_____	_____	_____

K. Çocuğun Okul Öyküsü

1. Çocuğunuzun Okulu _____ Sınıfı _____ Öğretmeni _____			
	Hayır	Evet	Lütfen açıklayınız ve tarihini belirtiniz
2. Çocuğunuzun öğrenme güçlüğü oldu mu?	_____	_____	_____
3. Çocuğunuzun okulda sosyal sorunları oldu mu?	_____	_____	_____
4. Çocuğunuz okulda özel bir eğitim alıyor mu?	_____	_____	Niteliği ve miktarı _____
5. Okulla ilgili başka sorunlar var mı?	_____	_____	_____

L. Özet

1. Çocuğunuzun güçlü yanlarını belirtiniz

2. Bizim bilmemiz gerektiğini düşündüğünüz diğer konuları yazmaktan lütfen çekinmeyiniz.

RİSK FAKTÖRLERİ FORMU

Risk Faktörleri Listesi (varolan her stres kaynağı için ayrıntılı bilgi alınız)		VAR	YOK
	Çocuğun birincil destek grubuna bağlı problemler		
1	Kardeş doğumu		
2	Birincil bakım veren kişinin değişmesi		
3	Ebeveynlerden birinin ölümü		
4	Aile bireylerinden birinin ölümü		
5	Aileden olmayan bir yakının ölümü		
6	Evde yaşayanlardan birinin şiddet uygulaması		
7	Duygusal istismar		
8	Evlilik çatışmaları		
9	Ebeveynlerin fiziksel hastalığı (akut mu kronik mi belirleyin)		
10	Kardeşlerin fiziksel hastalığı (akut mu kronik mi belirleyin)		
11	İhmal		
12	Ev halkına dahil olan yeni bir yetişkin (erkek arkadaş gibi)		
13	Evde yeni bir çocuk (Doğumla olmayan, evlat edinme, üvey kardeş veya kuzen gibi)		
14	Ebeveynlerin boşanması ya da ayrılması		
15	Ebeveynlerin ruhsal hastalığı		
16	Ebeveynlerin yeniden evlenmesi		
17	Ebeveynin çocuktan ayrılması (şehir dışında çalışma, hastanede yatma gibi)		
18	Ebeveynlerin ayrı olması (iş nedeniyle)		
19	Ebeveynlerin madde bağımlılığı		
20	Fiziksel istismar		
21	Kardeşle kıran kırana tartışma ve şiddet		
22	Cinsel istismar		
23	Kardeşin ruhsal hastalığı		
24	Kardeşin madde bağımlılığı		
	Eğitimsel/çocuk bakımıyla ilgili problemler		
25	Günde 9 saatten fazla ev bakımından uzaklaşma		
26	Çocuğa bakım verenin sık sık değişmesi		
27	Ebeveynin lise diplomasının olmaması		
28	Ebeveynin okuma-yazma bilmemesi veya çok az bilmesi		
	İşle ilgili sorunlar		
29	Ebeveynin işinin tehlikeli ya da çok stresli olması (sivil)		
30	Askeri personel olma		
31	İşsizlik		
32	Ebeveynin iş kaybı tehdidiyle karşı karşıya olması		
	Çocuğun sağlığı		
33	Çocuğun hastanede yatması		
34	Çocuğun fiziksel hastalığının olması (akut ya da kronik); çocuğun kaza geçirmesi/yaralanması (Ör: bir hayvanın ısırması, trafik kazası geçirmesi)		
35	Çocuğun psikolojik sorunlarının olması		
	Diğer		
36	Çocuğun şiddete tanık olması (evde)		
37	Çocuğun şiddete tanık olması (ev dışında)		
38	Doğal Felaket (yangın, deprem vb)		
39	Savaş/terör		
40	Diğer		

KORUYUCU FAKTÖRLER FORMU

NO	MADDELER	VAR	YOK
1.	Anne-babadan ruh sağlığı sorunu olmayanla destekleyici paylaşım		
2.	Anne-baba dışında bir erişkinle destekleyici paylaşım (akrabalardan biri, öğretmen, bir komşu vb)		
3.	Destekleyici arkadaşlık kurma, ilişkiyi sürdürme		
4.	Okulda başarılı olma		
5.	Spor yapma		
6.	Sosyal faaliyetlerde aktif olma		
7.	Bir aktivitede aktif üyelik (spor takımı-sosyal üyelikler-izcilik,folklor,kulüp vb)		
8.	Etkili problem çözme becerilerine sahip olma		
9.	Kendini ifade edebilme (duygular, düşünceler vb)		
10.	Etkili sosyal becerilere sahip olma		
11.	Anne-babadan birinin ruh sağlığı ile ilgili bir sorununun olmaması		
12.	Anne-babadan birinin fiziksel sağlık problemlerinin olmaması		
13.	Anne-babanın evlilik ilişkisinin uyumlu olması		
14.	Kardeşle/kardeşlerle destekleyici paylaşım		
15.	Birlikte yaşanan başka kişilerin varlığı (nine-dede vb) ve onlarla destekleyici ilişki kurma		
16.	İletişim becerilerine sahip olma		

ANNE DAVRANIŞ DEĞİŞİM TAKİP FORMU

NO	MADDELER							
1	Eşle iletişim düzeyi	1	2	3	4	5	6	7
2	Çocuklarla depresyon hakkında konuşma							
3	Yakın aile dışındaki kişilerle depresyon hakkında konuşma							
4	Aileden biri depresyon tanısı aldığında ya da sıkıntılar yaşadığında destek olma becerileri							
5	Çocukları ev dışındaki etkinliklere (spor, sosyal etkinlikler, izcilik, kulüpler vb.) katılmaları için destekleme							
6	Çocukları aile üyeleri dışındaki erişkinlerle ve akranlarıyla paylaşma girmeleri için destekleme							
7	Çocukların problemlerini fark edip uygun yardımı arama ve alma becerileri							
8	Depresyonla ve diğer günlük sıkıntılarla baş etme becerileri							

ANNE TUTUM İZLEME FORMU

NO	MADDELER							
1	Annenin eşinin depresyona ilişkin düşüncelerini ve yaşadıklarını anlaması	1	2	3	4	5	6	7
2	Annenin depresyonuna ilişkin düşüncelerini ve yaşadıklarını eşinin anlaması	1	2	3	4	5	6	7
3	Eşle duygusal ve destekleyici ilişki	1	2	3	4	5	6	7
4	Anne-babası depresyon tanısı alan çocukların maruz kaldıkları riski anlama	1	2	3	4	5	6	7
5	Çocukların sıkıntıları ile ilgili işaretleri anlama	1	2	3	4	5	6	7
6	Çocuklarda dayanıklılığı getiren koruyucu faktörleri anlama	1	2	3	4	5	6	7
7	Çocukların annenin depresyonu ile ilgili bilgi düzeyi	1	2	3	4	5	6	7
8	Çocukların depresif bir ebeveyne sahip olma ile ilgili duygularını anlama	1	2	3	4	5	6	7
9	Aile içi iletişim ve ilişkiler	1	2	3	4	5	6	7
10	Depresyonun bir karakter kusuru değil bir hastalık olduğunu bilme ve anlama	1	2	3	4	5	6	7
11	Depresyonun nedenlerini ve belirtilerini anlama	1	2	3	4	5	6	7
12	Depresyonla ilişkili suçluluk ve utanç duygularını anlama	1	2	3	4	5	6	7
13	Hayata iyimser bakma	1	2	3	4	5	6	7
14	Kendi kendini çözme, anlama ve yardım becerisi (baş etme becerileri)	1	2	3	4	5	6	7
15	Çocuklarla ilgili endişe duyma düzeyi	1	2	3	4	5	6	7
16	Evlilikle ilgili endişe duyma düzeyi	1	2	3	4	5	6	7
17	Depresyonla ilgili endişe düzeyi	1	2	3	4	5	6	7
18	Programda yer alma ile ilgili düşünceler	1	2	3	4	5	6	7
19	Depresyona ilişkin bilgilerin verilmiş şekli	1	2	3	4	5	6	7
20	Programa ilişkin beklentiler	1	2	3	4	5	6	7

ÇOCUKLARDA TUTUM İZLEME FORMU

NO	MADDELER							
1	Anne baba ile rahat konuşma	1	2	3	4	5	6	7
2	Diğer erişkinlerle ve akranlarla rahat konuşma	1	2	3	4	5	6	7
3	Aile ile ilişkiler	1	2	3	4	5	6	7
4	Anne-babayı ve hastalığı anlama	1	2	3	4	5	6	7
5	Proje ile ilgili düşünceler	1	2	3	4	5	6	7
1	Anne baba ile rahat konuşma	1	2	3	4	5	6	7
2	Diğer erişkinlerle ve akranlarla rahat konuşma	1	2	3	4	5	6	7
3	Aile ile ilişkiler	1	2	3	4	5	6	7
4	Anne-babayı ve hastalığı anlama	1	2	3	4	5	6	7
5	Proje ile ilgili düşünceler	1	2	3	4	5	6	7

